

國立臺灣大學公共衛生學院衛生政策與管理研究所

碩士論文

Institute of Public Health and Management

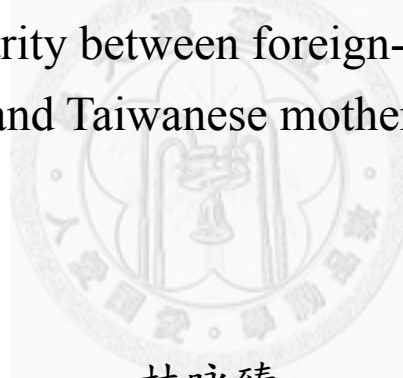
College of Public Health

National Taiwan University

Master Thesis

外籍母親與臺籍母親之健康差異

Health disparity between foreign-born mothers  
and Taiwanese mothers



林咏臻

Yung-Jen Lin

指導教授：江東亮 教授

Advisor: Tung-liang Chiang

中華民國 99 年 6 月

June, 2010

國立臺灣大學碩士學位論文口試委員會  
審定書

外籍母親與臺籍母親之健康差異

Health disparity between foreign-born mothers  
and Taiwanese mothers

本論文係林咏臻君 (R97845114) 在國立臺灣大學衛生政策與管理所完成之碩士學位論文，於民國 99 年 6 月 10 日承下列考試委員審查通過及口試及格，特此證明

口試委員：

江東亮 (簽名)

鄭雅文 (指導教授)

何明豪

## 致謝

能夠完成本篇碩士論文，真的是可喜可賀！雖然過程中幾經波折，但都因有貴人相助，讓我能夠順利完成。心中充滿了無限的感激。

我最感謝的貴人—良師，江東亮教授。江老師他努力不倦地教導我這資質駑頓的初生之犢。以引導式教學的方法，帶領我在這學術研究的新天地裡闖蕩。在這學習的過程中，使我的研究能力有很大幅度的精進。不僅如此，江老師更強調做學術的倫理道德、研究精神，以及遊戲規則，使我更了解學術的世界。且在人生的道路上，有關待人處世的道理，以及生活的態度，老師都非常願意傾囊相授，毫不保留。能遇到這樣待學生如己出的良師，真的是三生有幸！江老師，謝謝您！

另外，尤其要感謝江家大學姊—Jennifer學姊。謝謝學姊在我頭腦打結時，能夠讓我釐清思緒，並且提供我研究資料的相關資訊，使我能夠熟悉陌生的調查資料庫，進而應用在研究中。Jennifer學姊除了教導與強化我做研究的基本功夫，更給予我精神上的支持，每當我感到已到窮途末路之時，都能適時地拉我一把。還要感謝伊帆學姊，是個可靠的大姊姊，只要有問題請教，學姊都會盡力的給予協助，在分析資料時更是提供了我很大的幫助，是個不論在何時都會給予我大大協助與支持的好姊姊。也要感謝郁清學姊，除了給我很多學術上的建議以外，還常常聽我的哀嚎，是我做研究的好朋友。我們常常在研究室內討論問題，也天南地北的聊八卦，讓我的碩士生活增添了不少樂趣。另外還有俊東學長、美玲學姊、彥芳學姊，以及芳助學姊，江家的每位學長姊都對我很好！真的是愛死大家了！謝謝你們！

在這研究的過程當中還認識了許多好朋友，特別是來自中國的阿柳姊姊，相信我們將會是一輩子的好朋友。另外要特別感謝我的家人，以及平仔，除了能在碩士的學習過程中給予我精神上滿滿的支持外，還要忍受我的忽略。若沒有這些人的支持，我一定沒法順利完成這人生目標的。謝謝大家！

要完成這篇碩士論文，並非己力就可達成。若是沒有人幫忙收集資料、沒有前人的研究，都無法讓我在這研究領域上能有如此透徹的了解。所以要感謝的人

真的太多太多了！真的非常謝謝大家！

最後總算我的碩士論文完成了，終於能夠跟大家分享我的研究成果了。這種喜悅的心情真是無法言喻，好似自己的寶寶初生一般的興奮。雖然以我的能力而言，還不能說是個完美的研究，所以還請大家多多給予指教。希望我的研究能夠使社會變得更美好，這樣我的努力就更有價值了！

最後再次謝謝大家給予我的支持與協助！咏臻在此鞠躬道謝了！謝謝各位！



# 外籍母親與臺籍母親之健康差異

林咏臻

**背景：**1980 年代至今，臺灣的跨國婚姻大幅增加。由於生活條件普遍較差，外籍母親的健康狀況是否比臺籍母親差，是一個值得重視的議題，但目前相關研究十分缺乏。

**目標：**比較外籍母親與臺籍母親的健康狀況，並了解這兩群母親的健康差異是否與其社會經濟地位及社會支持有相關。

**方法：**橫斷性研究。資料來源為臺灣出生世代研究先驅調查，對象為 2003 年生產之母，共 1767 名，其中臺灣 1528 人、中國 100 人，以及東南亞 139 人。依變項取自臺灣版 SF-36 的自述一般健康、生理健康，以及心理健康；主要自變項為原生國家、社經地位，及社會支持。

**結果：**(1)相較於臺灣母親，中國及東南亞母親較年輕（平均年齡，分別為 30.4、29.1、25.9 歲），而家庭社經地位較差（家庭年收入低於 40 萬分別為 17.2%、46.0%、47.8%），但家庭社會支持無差異。(2)就健康狀況而言，中國及東南亞母親的自述一般健康優於臺籍母親，其自述一般健康表示佳者百分比依序為 85.0%、87.8%、及 72.9%；心理健康部分亦較佳（其心理健康分數依序為 50.0、51.9，及 45.6 分）；而生理健康無顯著的差異。(3)控制年齡、社經地位及社會支持後，中國及東南亞母親的自述一般健康（OR= 2.43，95% CI= 1.30-4.55、OR= 2.45，95% CI= 1.39-4.32）及心理健康（B=4.62，p<.001、B= 5.64，p<.001）皆仍較臺灣母親佳。

**結論：**雖然外籍母親的社會經濟地位較差，但本研究並未發現外籍母親的健康比臺籍母親差。

**關鍵詞：**外籍母親、自述一般健康、心理健康、生理健康、SF-36

# Health disparity between foreign-born mothers and Taiwanese mothers

Yung-Jen Lin

**Background:** Since the 1980s, the number of transnational marriages has increased largely in Taiwan. Foreign-born mothers generally live in more disadvantaged social environment than their Taiwanese counterparts. However, little research has been conducted in examining whether foreign-born mothers have poorer health than Taiwanese mothers.

**Purpose:** The purpose of this research is to study the health disparity between foreign-born mothers and Taiwanese mothers, and examine that whether the disparity is influenced by socioeconomic position and social support.

**Method:** This was a cross-sectional study. Data are drawn from the Taiwan Birth Cohort Pilot Study. There are 1767 mothers whose child are 6 months old, including Taiwanese mothers (n= 1528), Chinese mothers (n= 100), and Southeastern Asian mothers (n= 139). Health variables are self-perceived general health, physical health, and mental health from SF-36 Taiwan version.

**Result:** (1) Compared to Taiwanese spouses, Chinese spouses and Southeastern Asian spouses are younger (mean age: 30.4, 29.1, and 25.9 years old), and have lower socioeconomic position (annual household income below NT\$400,000: 17.2%, 46.0%, and 47.8%), but no difference in the level of family support. (2) Chinese spouses and Southeastern Asian spouses have better self-perceived general health than Taiwanese mothers. (Self- perceived good health percentage, 85.0%, 87.8%, and 72.9%), and Chinese spouses and Southeastern Asian spouses also have better mental health than Taiwanese mothers. (MCS score: 50.0, 51.9, and 45.6), but no difference was found in PCS. (3) After adjusting for age, socioeconomic position and social support, the likelihood of perceiving good health remained higher for Chinese mothers (OR= 2.43, 95% CI= 1.30-4.55) and Southeast Asian mothers (OR= 2.45, 95% CI= 1.39-4.32) than Taiwanese mothers. A similar pattern was demonstrated for MCS score (Chinese mother:  $\beta=4.62$ ,  $p<.001$ ; South Asian mother:  $\beta=5.64$ ,  $p<.001$ ).

**Conclusion:** The health of foreign-born mother is not worse than Taiwanese mothers, although they have lower socioeconomic position.

**Key Word:** Foreign-born mother, self-perceived general health, SF-36

# 目 錄

第一章	緒論 .....	1
第一節	研究背景 .....	1
第二節	研究目的 .....	5
第三節	研究重要性 .....	5
第二章	文獻探討 .....	6
第一節	移民者與本地人健康的差異 .....	6
第二節	造成移民者與本地人健康差異的原因 .....	13
第三節	臺灣外籍配偶的健康相關研究 .....	19
第四節	啟示 .....	21
第三章	研究方法 .....	23
第一節	研究架構與問題 .....	23
第二節	資料來源 .....	24
第三節	研究變項 .....	26
第四節	分析方法 .....	29
第四章	研究結果 .....	30
第一節	基本特性 .....	30
第二節	健康狀況 .....	34
第三節	雙變項分析 .....	38
第四節	多變項分析 .....	44
第五章	討論與建議 .....	46
第一節	討論 .....	46
第二節	建議 .....	50
第三節	研究限制 .....	52
參考資料	.....	54

## 圖目錄

圖 3-1 研究架構圖.....	23
------------------	----

## 表目錄

表 1-1 2001 年至 2008 年臺灣結婚登記之外籍配偶人數.....	62
表 2-1 國外移民者與本地人健康差異之實證研究彙整表.....	63
表 2-2 臺灣外籍配偶健康相關文獻彙整表.....	71
表 4-1 原生國家分布狀況.....	72
表 4-2 年齡分佈狀況，按原生國家.....	72
表 4-3 基本人口學分佈狀況，按原生國家.....	73
表 4-4 社會經濟地位分佈狀況，按原生國家.....	74
表 4-5 社會支持分佈狀況，按原生國家.....	75
表 4-6 健康行為分佈狀況，按原生國家.....	76
表 4-7 社會支持分布狀況，按社會經濟地位.....	77
表 4-8 健康分布狀況，按原生國家.....	78
表 4-9 自述一般健康分布狀況，按基本人口學特性.....	79
表 4-10 自述一般健康分布狀況，按社會經濟地位.....	80
表 4-11 自述一般健康分布狀況，按社會支持.....	81
表 4-12 生理健康、心理健康分布狀況，按基本人口學特性.....	82
表 4-13 生理健康、心理健康分布狀況，按社會經濟地位.....	83
表 4-14 生理健康、心理健康分布狀況，按社會支持.....	84
表 4-15 自述一般健康（好）的羅吉斯迴歸分析.....	85
表 4-16 心理健康的複迴歸分析.....	86
表 4-17 社會支持的複迴歸分析.....	87



## 附錄

附錄一	臺灣地區嬰幼兒健康照護需求調查嬰兒母親自覺健康狀態自填問卷 ....	88
附錄二	本研究採用的臺灣出生世代前驅調查主問卷題目 .....	91
附錄三	SF-36 之構面分類 .....	94
附錄四	受訪狀況，按原生國家 .....	95
附錄五	本研究樣本之 SF-36 的 8 個構面分數 .....	96
附錄六	研究樣本的基本人口社會狀況及健康狀況，按原生國家（細分東南亞族群） .....	97



# 第一章 緒論

## 第一節 研究背景

臺灣跨國婚姻起源於 1980 年代。除了受到商業化的影響，也因社會變遷之故，使臺灣女性選擇不婚的比例與日俱增。許多臺灣男子因家境貧困、教育水準不高，不易娶臺灣女性為妻，便開始紛紛尋找外籍女子做為結婚對象，以解決家中傳宗接代的問題（王宏仁，2001；黎雅如、沈佩瑩、廖玫涵、林宜平，2006）。且當時鄉村地區，也因受經濟發展及都市化的影響，導致人口外移嚴重，農村缺乏人手，故大多數鄉村人民希望藉由跨國娶妻的方式，以紓困家中人力不足的問題。

於是在臺灣出現外籍新娘、外籍配偶等相關名詞。廣義而言，「外籍新娘」(foreign brides)是指來自大陸、港澳，以及東南亞地區，如越南、印尼、泰國…等國家的女子，利用不同的婚姻管道嫁來臺灣。民國 92 年之前大多以「外籍新娘」稱呼嫁來臺灣的外籍女子。狹義而言，則泛指來自東南亞地區的女子（王秀紅、楊詠梅，2002；王秀燕，2007；夏曉鵬，2000）。然 92 年後，便出現「外籍配偶」(foreign spouses)一詞，普遍認為較無污名化的傾向；民國 94 年後政府改以「新移民」(new immigrant)作為官方用語（王秀燕，2007）。故社會上普遍存有 3 種稱呼方式，「外籍新娘」、「外籍配偶」以及「新移民」3 種，都是形容嫁來臺灣的大陸港澳地區及東南亞地區的女子。本研究為便於區分，故使用廣義的定義，並將外籍配偶區分為「中國配偶」及「東南亞配偶」，而中國配偶即代表自大陸、港澳地區嫁來臺灣的女子；東南亞配偶則代表自東南亞地區嫁來臺灣的女子。

關心外籍配偶議題主要有幾點原因：一、人口增加；二、處於社會經濟環境弱勢；三、關心女性健康。

### 一、人口增加

外籍配偶從 1980 年代後人數急遽的增加。至民國 92 年，每年來臺灣登記結婚的女子近 5 萬人，外籍新娘人數幾乎是全臺新娘的 3 成。爾後鑑於假結婚真賣淫的案件層出不窮，政府便開始考慮設法降低外籍配偶人數，並於民國 92 年，實施大陸地區人民進入臺灣地區團聚、拘留地居的案件面談審核，導致當年中國配偶人數驟降；而外交部駐外代表處也於民國 94 年開始施外籍配偶境外訪談，並嚴格的審核每一筆資料，以期降低外籍配偶人數。從政府的人數統計資料可見於民國 92 年與 94 年中國配偶以及東南亞配偶人數有明顯的下降（見表 1-1）。雖然如此，每年嫁來臺灣的外籍女子仍舊將近 2 萬人。內政部統計資料更顯示，近期至少每 6 對就有 1 對是跨國婚姻（內政部，2007；內政部，2009c）。統計資料亦顯示民國 76 年至 99 年 3 月，外籍配偶人數約莫 40 萬人，人數已非常接近臺灣原住名人數（臺灣原住民人數約有 50 萬人）；若只限於女性部分，外籍配偶的人數也已大幅地超過臺灣女性原住民人口數（臺灣女性原住民約有 26 萬人）（內政部，2009a；內政部，2010）。顯示已經有越來越多的外籍女子成為臺灣的新成員。外籍配偶在臺灣已是非常普遍的現象，走在街上便隨處可見。

臺灣人口結構在這 20、30 年間已有大幅的改變，對於未來勢必會帶來很大的衝擊。雖然仍舊有許多外籍配偶尚未歸化或取得身分證，但她們是會在臺灣長久居住的住民，社會理當要關心其健康狀況。

### 二、社會經濟與環境弱勢

從民國 97 年的政府調查資料中發現，外籍配偶的教育程度普遍不高，就業狀況多屬於中下勞動階層；而其臺灣丈夫教育程度亦不高、從事的職業多屬藍領階級；且家庭收入通常也不高。換言之，外籍配偶家庭的社經地位普遍不佳（內政部，2009d；行政院主計處，2008）。除了經濟問題以外，外籍配偶來到臺灣又需面臨生兒育女或是照顧家中老人的問題，對於外籍配偶產生莫大的生活壓力。種

種不利的社會情境可能會對外籍配偶的健康產生不良的影響。

學者指出，因資本主義的發展或因臺灣主流媒體的報導，而導致國人可能對第三世界的女子存有歧視或偏見（夏曉鶯，1997）。非正面的新聞報導，常常使人們對外籍配偶產生偏差的想法。例如認為因來自生活水準較差的地區，故生活習慣、健康狀況可能皆不如臺灣人，或可能有愛滋病、寄生蟲或是傳染病……等；2004 年間更有位臺灣立委認為越南來的女子體內殘留早期越戰後的生化影響，以至於身體有病變，將她們疾病化，並指稱這樣會影響我們未來的下一代。或是許多人亦認為這些女子通常來自較貧窮的國家，認為她們來臺灣是為了把錢帶回自己的國家、把夫家的財產都帶回家或是把在臺灣的婚姻當做取得臺灣身分證的跳板，取得後就離婚…等。

移入國的人為了保護自身的利益，而對移民者產生偏見和歧視，很難打從心底接納她們，也讓外籍配偶難以融入臺灣社會（王永慈，2005；王秀燕，2007）。因此可能使臺灣人普遍對於外籍配偶產生不信任的感覺，導致外籍配偶不易在當地建構社會支持系統。在跨國婚姻的形成過程中，夫妻雙方的感情因快速成婚，而沒有深厚的感情基礎，夫妻感情不穩定，更容易造成社會支持系統薄弱（王秀燕，2007）。且外籍配偶中，尤其是東南亞配偶，因語言不通，缺乏語言溝通能力，不利於在臺灣拓展自己的社會網絡，一旦面臨家庭暴力、婚姻問題或是心理壓力無法排解的問題時，可能不知如何表達與尋求協助（王秀燕，2007），且也無人可以分擔心中苦悶，使壓力無從抒發。

綜上所述，許多學者指出外籍配偶來到臺灣，身處於特殊的社會環境背景，如社經地位不佳、社會支持系統薄弱，可能使生活壓力更大，以致於可能對健康產生影響。

### 三、關心女性健康

由於本國男子會娶外籍配偶多半是為求傳宗接代，來臺一年左右即會懷孕生子（王宏仁，2001；李慧貞、蘇秀娟、許芷音，2004）。而在跨國婚姻家庭中親職的角色常常落於女性身上，外籍配偶亦是孩童的主要照顧者。從統計資料顯示，

民國 93 年以後來來自大陸、港澳地區或外國籍，已定居且設戶籍的外籍配偶於 2009 年所生的子女數佔本國籍女子所生子女數的 9.6%，共 1 萬 3659 人(至 10 月底前)，前幾年更高達 12 至 13% (內政部，2009b)。外籍配偶來到臺灣不只身負傳宗接代的重任，又要提供家中無償人力，然而在這樣不良的生活環境以及壓力之下，勢必會對健康產生相當的影響。故更增加了解外籍母親健康的重要性，應該加以追蹤觀察。且母親的健康會影響幼兒的健康狀況，更增加關心母親健康的重要性。

跨國婚姻亦屬於一種移民形式。國外有關移民者與本地人健康差異的議題已受到相當的重視。研究結果發現，不同移民族群與本地人的健康差異不一，有好有壞，亦有無差異的結果。研究移民健康時應考量不同移民族群的社會背景特性，以探討移民者健康和本地人健康差異的情形及其決定因素。

目前國內有關外籍配偶健康的研究仍相當缺乏，本研究希望可以替本國外籍配偶的健康研究提供貢獻。藉由比較不同國籍配偶間的健康狀況，並探討造成差異的因素，以增加對外籍配偶健康的了解。希望可以提供臺灣有關外籍配偶社會福利政策之參考。



## 第二節 研究目的

本研究將利用「臺灣地區出生世代及外籍暨大陸配偶生育子女身心健康狀況長期追蹤調查研究」探討目前臺灣配偶、中國配偶，及東南亞配偶的健康之差異狀況，並了解造成健康差異的因素及機制。

## 第三節 研究重要性

跨國婚姻在社會變遷的洪流下，已是一股抵擋不了的浪潮。外籍配偶來到臺灣也理當擁有健康的權利。再者，許多學者指出跨國婚姻家庭的經濟狀況不佳、社會支持系統薄弱，來臺又面臨傳宗接代或替家中提供無償人力的重任。相較於臺籍配偶而言，外籍配偶生活在較差的社會環境之下，可能會對健康產生不良的影響，故期望利用本研究來了解外籍配偶在臺的生活狀況以及對健康的影響。

但國內有關外籍配偶的健康研究多屬於小地區的質性調查，無法充分了解外籍配偶健康的全貌。且缺乏比較對象，無法得知相較於本國配偶，其健康狀況是較差還是較佳，亦無法了解社會經濟地位及環境的影響是否會導致健康的差異。這些研究議題目前在國內研究仍舊相當缺乏。故所以本研究希望能夠提供一個全新且全面的了解。

## 第二章 文獻探討

本章分為四個章節，第一節指出目前外國移民研究的現況與結果；第二節歸納移民者與本地人健康差異的相關影響因素；第三節整理臺灣有關外籍配偶健康的實證研究結果。最後第四節為評析文獻探討的結果，以做未來研究發展的依據。

### 第一節 移民者與本地人健康的差異

#### 一、 研究發展

國外早期研究移民者與本地人健康差異的目的是，為了驗證基因和環境的假說。因移民者和本地人生活的環境是一樣的，若有健康上的差異便可能是來自基因差異；若挑選移民者與原生國家的人口 (the population in the country of birth) 做比較的話，便是比較不同的生活環境對健康的影響。Krueger 和 Moriyama (1967) 以及 Stenhouse 和 McCall (1970) 便是如此的研究設計。Krueger 和 Moriyama (1967) 從將 1960-61 年的世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 的年度流行病及生命統計報告資料中，取得原生國家人口的死亡率狀況，並從的美國國家健康統計中心，取得美國人以及移民者的 1958-61 年死亡率資料，比較來自加拿大、英國、瑞典、挪威、瑞典和義大利的移民、美國人及原生國家的人口死亡率差異狀況。Stenhouse 和 McCall (1970) 亦利用澳洲人口調查和統計局 1961-66 年的資料及 WHO 的資料，來研究移民至澳洲的英格蘭及威爾斯人、蘇格蘭和義大利人與澳洲人及原生國家者的死亡率差異。但上述兩研究結果發現，健康的差異不僅是受不同的基因和環境所影響，可能還有其他的影響因素，影響著原生國家、移民者與本地人的健康差異。

1990 年代後，許多研究主要是探討移民者的與本地人在不同健康指標上的差異狀況。如 Chen、Ng 和 Wilkins (1996) 研究慢性病、失能、依賴狀況、醫療使用情形以及健康相關行為；Silveira 和 Ebrahim (1998) 研究移民老人與本地人的憂慮焦慮狀況以及生活滿意度；Dunn and Dyck (2000) 研究自述健康、慢性病、住院和健康照護不滿足 (unmet) 狀況；Singh 和 Miller (2004) 除了研究死亡率以外，亦增加了平均餘命指標；另外 Dey and Lucas (2006) 除了研究自述健康、失能及醫療照護

使用以外，亦探討心理健康的差異。其餘還有肥胖、高血壓、心臟病、糖尿病……等各種健康指標的比較。

國外近期的研究除了調查造成移民者與本地人健康差異的因素以外，另外亦著重調查移民者健康隨移民時間增加而變差的主要致因，故研究設計從橫斷性調查研究轉變為長期追蹤調查。如 McDonald 和 Kennedy (2004)、Newbold (2005) 以長期追蹤資料做分析，並將移民族群區分為不同世代的移民，發現不同世代的移民與加拿大人的健康差異不同。顯示移民後的暴露可能是很重要的影響因素。

## 二、 研究結果

移民者的健康在國外早已獲得相當的重視，尤其是美國、加拿大、澳洲...等國家。其中美國和加拿大可說是民族的大熔爐，移民者佔全人口數的比例相當高。美國於 2004 年移民人口高達 12%；2006 年加拿大的移民者也已經佔全國的 19% 左右。這兩個國家有關移民的研究亦發展的相當早，本研究便參考這幾個國家，以作為本研究設計之依據。

移民者與本地人的健康差異研究中，使用了許多不同的健康指標來觀察移民者與本地人健康差異狀況，如死亡率、失能、依賴、平均餘命、自述健康、心理健康、慢性病狀況或醫療使用……等。但發現不同的移民族群與本地人間，健康差異結果不盡相同，有好、有壞或是無差異。文獻探討主要以美國及加拿大的文獻居多，另外還包含澳洲、瑞典、英國倫敦與荷蘭。以下便列舉幾篇研究做探討。詳細的文獻彙整請見表 2-1。

### 1. 美國

Krueger 和 Moriyama (1967) 利用美國國家健康統計中心 1958-61 年的資料，比較美國以及加拿大、英國、瑞典、挪威、瑞典和義大利的移民者死亡率差異。研究發現當控制性別及年齡後，相較於美國人而言，25-44 歲移民者的心血管疾病率較低，但 65 歲以上卻較高；如芬蘭國家的死亡率高，但芬蘭移民者 35-44 歲死亡率比美國人低，45 歲以上者死亡率卻都高於美國人。學者推測因為移民者是受篩選過後的結果，故導致年輕移民者健康較佳，但造成健康由好變壞的原因仍有待



探討。Abrafdo-Lanza、Dohrenwend、Ng-Mak 及 Turner (1999)亦分析美國 1973-85 年的國家長期死亡率研究資料 (National Longitudinal Mortality Study, NLMS), 發現美國西班牙移民 (如波多黎各人、古巴人、拉丁美洲人, 墨西哥人及中南美洲人) 的死亡率皆低於美國人。Singh 和 Siahpush (2001)分析美國 1979-81 年的國家長期死亡率研究資料庫 (NLMS)、國家死亡指標資料 (National Death Index, NDI), 以及 1993-4 年健康訪問調查資料 (National Health Interview Survey, NHIS), 也再次驗證當控制其他變項後, 移民者的死亡風險還是顯著小於美國人。

Singh and Miller (2004)使用美國 1986-2000 年的國家生命統計系統資料 (National Vital Statistics System)以及 1992-95 年的國家健康訪問調查 (NHIS), 比較美國人與移民者 (黑人、太平洋島民、中國、日本、菲律賓以及西班牙裔) 的健康狀況。普遍而言移民者的平均餘命高於美國人。Singh and Singh (2006)再次分析 1980-2000 年間國家普查及調查資料, 亦發現移民者的平均餘命高於美國人。

Frisbie、Cho 和 Hummer (2001)使用 1992-5 年美國國家健康訪問調查 (NHIS) 資料, 比較從亞洲地區及太平洋島嶼地區移民 (中國、菲律賓人, 亞洲印第安、日本、韓國、越南、太平洋島民和其他亞洲人, 共 8249 人), 及美國人的自述健康、失能狀況、疾病狀況及健康照護服務獲得狀況的差異。發現亞洲人中, 以越南和其他亞洲移民的社經地位較差, 而來自日本、韓國以及中國人社經地位佳。控制年齡後, 亞洲移民者的自述健康普遍比美國白人佳, 但其中太平洋島民、越南及其他亞洲移民人的自述健康比美國白人差。而失能、生理健康及健康照護方面, 亞洲移民者皆優於美國白人, 但其中太平洋島民的失能狀況比美國白人差; 當控制基本人口學以及社經地位後, 自述健康便無顯著差異, 但失能和生理健康仍顯著優於美國人。

Dey 和 Lucas (2006)利用美國 1998-2003 年的國家健康問調查 (NHIS)資料, 並擴大比較的族群。比較美國黑人、白人、亞洲人以及西班牙裔的本地人 (177441 人) 及移民者 (25628 人) 的自述健康、生理健康、心理健康以及健康行為的差異狀況。發現相較於美國人而言, 移民者較年輕、教育水準低且經濟差; 但亞洲人的收入較高, 而西班牙裔移民比較沒有保險、醫療使用的狀況也差。控制年齡後,

西班牙裔移民的自述健康差於美國人，但黑人、亞洲及白人移民皆優於美國人；而失能、醫療使用移民者比例皆較少；而心理健康部分，西班牙裔移民差於美國人、而亞洲及黑人移民優於美國人；控制年齡後，美國人肥胖、吸菸、高血壓及心臟病的比例較高。同樣的結果在 Singh and Singh (2006)的研究中，也再一次驗證西班牙裔移民的自述健康較差；但當控制基本人口學變項以及社經地位後便無顯著差異。

以上的結果顯示美國移民整體而言健康比美國人佳。但是不同移民族群間健康亦有差異，普遍來說，移民者的死亡率、肥胖、高血壓以及不健康行為的比例皆比美國人低；而其中亞洲人的健康狀況較好（來自越南及太平洋島嶼除外）；西班牙人的自述健康及心理健康較差，且當控制基本人口學以及社經地位後，差異便無顯著。

## 2. 加拿大

Chen、Ng 和 Wilkins (1996)利用加拿大 1994-95 年的國家人口健康調查資料 (National Population Health Survey, NPHS) 及 1985-1987 及 1990-1992 的生命統計資料 (Canadian Vital Statistic Data Base)，研究加拿大人、歐洲移民與非歐洲移民者的健康狀態、健康服務及健康相關行為的差異。發現即使控制性別、家庭收入、教育程度，移民者的慢性病發生率都顯著低於加拿大人；且移民者較少長期失能、生活依賴、住院、看醫生的情況；醫療不滿足比例國籍間無差異；平均餘命比較高；健康行為部分，移民者、近期移民者吸菸比例較少，非歐移民具有運動習慣的比較多(Chen, Ng, & Wilkins, 1996a; Chen, Wilkins, & Ng, 1996b)。

而 Pérez (2002)利用加拿大 2000 年的社區健康調查資料 (Canadian Community Health Survey, CCHS)，研究加拿大人及移民的健康狀況差異情形，發現控制其他變項後，移民者的慢性病優於加拿大人，尤其以近期移民者最佳，與 Chen、Ng 和 Wilkins (1996)的結果相似；且當控制社經地位及健康行為後健康差異變大。但就特定疾病而言，如心臟病、糖尿病及高血壓的比例顯著高於加拿大人，然而當控制社經地位後便無差異。顯示社會經濟狀況（如教育水準、收入狀況）是很重要的影響因子。

Dunn 和 Dyck (2000)利用加拿大 1994-95 年的國家人口健康調查資料庫 (NPHS)，比較加拿大與移民間的健康差異狀況。發現移民者的自述健康狀況低於本國籍者；但健康照護不滿的比例較少。發現加拿大移民自述健康差的研究尚有 McDonald 和 Kennedy (2004)、Newbold 及 Danforth (2003)以及 Newbold (2005)所做的研究，兩個研究分別利用國家人口健康調查資料庫(NPHS)中 1998-99 年以及 1994-2001 年的資料。亦發現隨著移民的年數增加，健康狀況越不佳。而慢性病部分，整體而言移民者的慢性疾病狀況優於本國人，但移民者的關節炎、高血壓和糖尿病情況差於加拿大人(Newbold, 2005a)。且發現近代移民者的自述健康比美國人佳；而且不論移民世代為何，移民的健康都隨著居住時間的增加而變差，但當控制基本人口變項及社經地位後，差異便不顯著(McDonald & Kennedy, 2004; Newbold, 2005a, 2005b)。

普遍發現，加拿大移民者的自述健康較差，但慢性病、死亡率、健康服務及健康行為皆優於加拿大人。而近代移民的健康狀況都較佳，卻隨著移民時間增加而變差。

### 3.其他國家

其他國家部分，Stenhouse 和 McCall (1970) 研究澳洲人口調查和統計局 1961-96 年的資料 (the Commonwealth Bureau of Census and Statistics)，發現當控制性別及年齡後，蘇格蘭移民者和澳洲人的死亡率無差異。但英格蘭和威爾斯及義大利移民者的死亡率顯著低於澳洲人。

Silveira 和 Ebrahim (1998)在倫敦的 Tower Hamlets 的索馬利亞老人聚會場所，以滾雪球的方式取得索馬利亞移民的訪問個案 (72 人)。而孟加拉老人 (75 人) 及英國白人 (127 人) 則是從當地的雙語門診得到較多的個案。並比較三者的憂慮焦慮以及生活滿意度狀況。研究發現移民者的憂慮及焦慮程度高於白人，而其生活滿意程度低於白人。當控制年齡、收入、健康以及社會因子，則移民者與英國白人的差異即消失。發現社經地位及社會因子 (如語言、居住環境及社會支持) 是很重要的憂慮及生活滿意度差異影響因子。

Reijneveld (1998)在荷蘭阿姆斯特丹中做社區調查，比較荷蘭人及移民者（來自蘇利南、荷屬安的列斯群島、土耳其、摩洛哥、其他工業國家及非工業國家），其健康狀態（自述健康、生理、心理健康以及失能狀況）、生活型態、健康照護使用狀況。發現族群各有特色，尤其墨西哥人、土耳其人最弱勢；普遍而言移民者的健康狀況皆差於荷蘭人，而當控制教育之後，蘇利南、土耳其及墨西哥仍舊差於荷蘭人，其餘差異不大。健康習慣差異部分，移民者的健康行為皆較好，但其中以土耳其吸菸最多，其餘移民者吸菸飲酒皆較好。移民者健康較差者，健康照護使用也較多。且移民者較差的健康可部分被社會經濟地位所解釋，但控制社經地位後，土耳其、墨西哥與荷蘭人的健康差異仍舊顯著。

Westman、Martelin、Härkänen、Koskinen 及 Sundquist (2008)，利用瑞典1996-2003年的年度生活水準調查 (Swedish Annual Level of Living Survey, SALLS) 以及芬蘭「health 2000」國家調查資料，來比較瑞典人、瑞典的芬蘭移民，以及住在芬蘭的芬蘭人的自述健康狀況。發現控制年齡、婚姻、教育、受僱狀況以及收入後，芬蘭人及瑞典的芬蘭移民自述健康顯著差於瑞典人。而芬蘭人及瑞典的芬蘭移民的吸菸行為比例最高，推測此健康差距是受到吸菸行為影響。

### 三、對國外移民與本地人健康研究的批判

從上述的文獻探討中可發現，各國移民者與本地人健康差異的結果不一。可能的解釋原因有兩個，第一，使用的健康指標不同所測出的結果可能也會有很大的差異，如失能、依賴及慢性病狀況屬於需要醫療診斷的指標，亦為比較客觀的指標。但從上述的研究可發現移民者的醫療使用的比例皆比本地人還要低，或許原因不是因為他們健康比較好，而是因為他們的醫療可近性較差。另外，許多移民者沒有健康保險，更加阻礙了他們的醫療可近性。故研究中的測量變項若使用需醫生診斷的指標，便可能產生低估的情況。然而自述健康及心理健康狀況屬於較主觀的指標，故所觀察到的結果是可能有差異的。

第二，不同的移民族群有不同的移民考量，不同的移民種類有不同的特性，亦可能暴露在不同的社會環境之下。探討移民研究時應該針對不同的特性分開討論。如上述之加拿大的移民研究中移民者大多是不分類，或是僅分為歐洲移民及

非歐洲移民，如此一來便無法了解移民族群之間的差異情形，也並未對不同移民族群的社會背景做分析或探討。由 Travato (1985)、Frisbie、Cho 和 Hummer (2001)、Singh 和 Miller (2004)及 Dey 和 Lucas (2006).....等人的研究可發現不同的移民族群差異性很大，應該在其社會脈絡下進行研究及探討。Travato (1985)表示加拿大移民與加拿大人的死亡率僅有些許的差異而已，但當將移民族群再細分時，便可以看到某些移民族和加拿大人的死亡率有很大的差異。而 Frisbie、Cho 和 Hummer (2001)的研究中亦再次重申不同次移民族群的具有異質性問題，分析時須多加注意。

再者，早期的研究裡僅控制年齡和性別，研究的方式多著重於探討健康上的差異狀況，較少有文章有研究探討造成健康差異的機制。後期研究的迴歸分析中，便開始納入更多的控制變項，如居住地區、社經地位、生活環境、健康行為...等因素做探討。也發現社經地位及健康行為可能是造成差異的主要因素。但健康的致因並非是獨立效應，因素之間都是相互影響的，未來可以在進一步釐清造成移民與本地人間健康差異的主要影響機制為何。

另外，上述的許多研究亦指出移民者的健康隨著移民時間的增加而趨向於本地人的健康，顯示具有「同化作用」(assimilation)的影響。但是研究的設計方式是將樣本以年齡或移民時間做分層，來觀察與本地人健康的差異，但如此一來可能會出現世代效應 (cohort effect)。因為不同世代的移民原因可能有差異，若不是針對同一世代的移民做長期追蹤，很可能觀察到錯誤的現象。未來有關移民研究在探討「同化作用」(assimilation)或稱「文化適應效應」(acculturation effect)時，應利用長期追蹤資料做分析。

## 第二節 造成移民者與本地人健康差異的原因

造成移民者和移民地本地人的健康差異原因很多元，不同研究結果有不同的解釋。發現移民者健康較好的研究指出，認為可能是因篩選、健康生活型態以及社會支持較佳的結果所影響；而發現移民者健康較差的研究則指出，健康的差異情形乃因移民者到了陌生環境後的社會環境暴露結果，如工作狀況、社會經濟地位、居住環境不佳...等因素所導致的生活壓力結果(Cunningham, Ruben, & Narayan, 2008)。以下便提出篩選機制、社經地位、社會支持以及健康行為來探討。

### 一、 健康的篩選機制

外國人若要移民至另一地區，必須遵守移民規範，其中亦有要求健康檢查，唯有身體健康且未感染傳染病的人才符合移民的標準。亦即表示移民者是篩選過程後的產物，故健康狀況應會優於本地人(Marmot, Adelstein, & Bulusu, 1984)。

有許多研究若發現移民者的健康狀態優於本地人，便會推論是受到移民過程的篩選結果。但是光是比較移民者與本地人健康的差異無法完全推斷是否為篩選結果。為更進步的了解則必須考量移民者的原生國家人民健康狀況，若是移民者的健康優於原生國家人民的健康狀況，且亦優於移民地本地人的健康狀況，便有可能是篩選機制所導致的結果。

1986年 Marmot 等人調查英格蘭和威爾士 1971 年普查的資料，比較愛爾蘭、波蘭、義大利人及加勒比海人在移民國家及原生國的標準化死亡率。發現除了愛爾蘭以外，其餘皆是在移民國家的標準化死亡率比較低。並推測是因為政府對從愛爾蘭來的移民申請者並未加以限制，對健康也未加以管控，所以健康狀況產生健康狀況較差的影響，並認為是篩選的結果。此種現象被稱為「健康移民效應」(healthy migrant effect)，也就是唯有健康的人才可以成功地移民至他國(Frisbie, et al., 2001)。

再者，不健康者可能不會選擇移民到其他國家(Chen, et al., 1996b)。因會選擇移民到其他國家者可能在人格特質上是屬於比較堅強的人，所以可能出現移民者健康狀況比較佳的現象(Frisbie, et al., 2001; Kuo & Tsai, 1986; Marmot, et al., 1984)。

## 二、 社會經濟地位

社經地位的不平等和健康之間的相關性研究相當多，其中著名的如 Wilkinson (1992)的研究，研究發現對工業化國家而言，收入的分佈越平均則國家人民平均餘命越長，故要提昇人民平均餘命應該考量收入重分配的問題。隨後也有許多研究支持此項假說，如 Smith 等人 (1996)調查美國地區家戶平均所得與死亡率的關係，發現隨著家戶平均所得的增加，該地區的死亡率便下降。鄭惠玲和江東亮 (2002)亦利用「臺灣社會變遷調查」資料研究 2385 位臺灣人，發現教育程度、個人收入越高者，其自述健康越佳，也越快樂。

所謂的社會經濟地位 (Socioeconomic positions)是一個社會和經濟的因子，表示個體或團體在社會結構中的位置，可以代表個體或團體在社會中的社會及經濟層級的指標，如社會階層 (social class)、社會經濟狀況 (socioeconomic status)...等 (Krieger, William, & Moss, 1997; Lynch & Kaplan, 2000)。社經狀況的指標也代表著一個人所擁有的資源，資源越多者越有利於健康的發展。且人生不同的階段中會受到不同的社經狀況指標的影響，如兒童時期，父母的教育水準、職業、家庭收入是影響的關鍵；青少年時期，本身的教育水準佔有舉足輕重的意義；待成人時期，自己本身的受僱情況、收入、財富...等因素才是有主要的影響，所以考量要選擇測量的社經狀況指標時必須了解所關心的議題及社經地位與健康之間的機制 (Galobardes, Shaw, Lawlor, Lynch, & Smith, 2006)。

移民族群中多屬於中壯年階段，故移民健康研究中多納入移民者本身的教育程度、職業狀況以及收入以作為社經地位指標，這些指標關係移民者在移民國家的生活資源。美國主要的移民者有西班牙裔及亞裔移民，從美國的普查資料可得知，美國移民者的收入普遍比本國人還要低，而移民者貧窮的比例也比本國者較高，但亞洲移民的收入狀況比本國者佳，而西班牙移民的收入狀況比本國者差 (DeNavas-Walt, Proctor, & Smith, 2009)。故相較於美國本地人及亞裔移民，西班牙裔移民者其教育程度不高、經濟狀況不佳。研究也指出西班牙裔移民的自述健康和心理健康狀況也不佳 (Dey & Lucas, 2006)。而移民至加拿大的移民者，其教育程度雖較高，但收入卻不高，研究也多指出加拿大移民自述健康不佳的情況。

目前的移民研究多半停留在觀察健康間的差異，很少驗證造成國籍間健康差異的因素。但在 Newbold (2005)的加拿大移民者與本地人的健康差異研究中，發現移民者和本地人健康達統計上顯著差異，但當考慮社經地位因素後，不同國籍者間的健康差異即未達統計上顯著差異(Newbold, 2005a)。加拿大的統計調查結果亦發現移民者有較高的糖尿病及高血壓風險，但當控制社會經濟狀況後，移民者與本地人的健康風險便無差異(Pérez, 2002)。顯示社經地位是一大影響因素。

Macinko、Starfield 及 Jr (2003)回顧收入不平等的相關文獻，並彙整 2 個收入不平等影響健康的主要機制，(一)、心理社會途徑 (psychosocial pathway)：著重於個人與社會層次的心理特色，如信任與社會凝聚力。就個人層次而言，個人因為社會比較的認知過程而產生壓力，進而導致較差的健康。故此途徑主要強調社會階層的差異對健康的影響，如相對收入。此種途徑對於在社會階級下層的人產生了很大的影響。而就社會層次而言，即是說收入不平等而導致社會的改變，如不信任、減少合作、減少加入義務組織的意願...等，會減少社會的凝聚力、信任敢以及社會資本。此解釋主要來自於人與人之間是由社會網絡連結所連結的，若網絡中缺乏凝聚力、信任，便會減少社會支持，進而影響健康狀況。亦是說明社會經濟狀況會對社會支持產生一定的影響。

(二)新物質途徑 (neo-material pathway)：主要強調個人的經濟狀況，如收入、居住狀況。相對於「心理社會途徑」，此途徑強調的是絕對收入對健康的影響，認為健康的差異是因為擁有的較差的資源以及暴露在較差的環境中，故所獲得的健康亦有差異。例如經濟狀況較差，無法獲得良好的醫療照護、或是教育水準不高，未來較有可能暴露在不良的職場環境中，亦可能產生不良的健康行為，因而導致較差的健康狀況(Macinko, Shi, Starfield, & Jr, 2003)。

綜上所述，社經地位對於健康佔有很重要的意義，可能因可獲得的資源不足直接影響個體健康；亦可能藉由心理社會途徑導致壓力的產生，間接影響健康。許多移民者皆為社經地位不高，故研究移民健康議題時，社經地位是很重要的影響因子。



### 三、 社會支持

人類是團體的動物，人與人之間的互動會產生各種的影響，故影響健康的因素並非只因個人的特色，而有可能受到與社會環境互動的影響，進而導致健康上的差異。

最早提出環境影響健康的相關理論者是 Emile Durkheim，他認為社會的現象並非個人的特色，而是團體特色所造成的。並於 1870 年代至 1880 年代著手自殺成因的研究，發現自殺的情況在較少社會鏈結 (tie) 的盛行率地區較高，即使在移民者之間也發現社會鏈結和問題行為有關。而後於 1897 年發表《自殺論》(Suicide)，闡述社會環境對自殺的現象扮演很重要的角色(Durkheim, 1951; Yen & Syme, 1999)。Caplan 也於 1974 年提出「支持系統」(support system)理論，認為此系統可以提供個體能量，並且在個體、網絡、團體或是組織間互動，且造成影響。Cobb (1976)亦發現社會支持讓人們在風險中可以提供保護，如低出生體重、死亡、憂鬱…等問題。Bronfenbrenner (1979)的生態學理論中也認為人類並非獨立的個體，將人類以外的場域，依照與人的空間距離與社會距離分為系統層級，並且相互影響著人類。

人類互動與健康的相關研究議題早已受到研究學者的重視。其中 1979 年 Berkman 和 Syme 做了一個長期追蹤的調查研究，是該領域非常重要的研究調查。該項研究調查 4775 位年齡介於 30 至 69 歲的成人，追蹤長達 9 年，並於研究結束時觀察四種型態的社會鏈結 (social ties)——婚姻關係、家庭、朋友與教會友人，以預測其與死亡率的關係，發現達顯著的相關(Berkman & Syme, 1979; House, Landis, & Umberson, 1988)。由此可見人類互動與健康的關係不容小覷。

移民者來到了陌生的環境，又面臨重大的生活改變。在新的環境必須要學習新的語言，不論是在生活環境或是文化上都非常不熟悉，還可能面臨找工作的壓力。為了要適應新的生活環境，身心想必處在極大壓力的情況下，且到了新環境必須要重新建立社會網絡支持系統，可能會對健康造成很大的影響。許多研究指出移民者的社會支持和心理健康達統計上顯著差異，且社會支持具有調節和緩衝壓力對健康的影響(Choi, 1997; Furnham & Shiekh, 1993; Lahti & Liebkind, 2006;

Lee, Koeske, & Sales, 2004; Vega, Kolody, & Valle, 1986, 1987; Vega, Kolody, Valle, & Hough, 1986), 但這些研究未將移民者和本地人做比較, 無法了解社會支持對於移民者的影響是否造成健康差異的原因。

而 Dunn 和 Dyck (2000) 利用 1994 至 1995 年的加拿大的國家人口健康調查資料庫 (NPHS) 來比較加拿大移民者以及加拿大本地人的健康狀況後發現, 移民者的健康及社會支持普遍比加拿大本地人差, 而社會支持影響移民者的健康狀態。亦有學者指出, 相較於本地人而言, 有些移民者具有良好的同族群社會支持及家庭社會支持, 導致健康狀況比較好 (Singh & Hiatt, 2006)。移民者社會支持的好壞是健康的一大重要的決定因素, 調查移民健康時, 應加以考量。

#### 四、 健康行為

許多研究指出不良的健康行為和健康、癌症或死亡率皆息息相關, 如吸菸、飲酒、運動 (Doll, Peto, Boreham, & Sutherland, 2004; Ezzati & Lopez, 2003; Warburton, 2006; 王琪珍、藍忠孚、陳建仁, 1994)。若擁有良好的健康行為則健康狀況也較佳。

國外有許多研究指出移民者的健康狀況優於本國籍者是因為受到自身文化的保護作用所影響, 例如可能因價值觀和文化差異而導致不同的健康生活習慣或行為, 如少吸菸、喝酒、較好的飲食習慣...等。Chen、Ng 和 Wilkins (1996) 的調查結果發現, 控制收入及教育程度後, 非歐洲移民者不吸菸的比例顯著高於加拿大本國籍者 (Chen, et al., 1996a); 美國的調查研究指出移民至美國的亞洲人及西班牙人吸菸的比例最低, 且低於在美國出生的亞裔和西班牙裔人 (Singh & Siahpush, 2002), 而移民者死亡率及平均餘命顯著優於本國者。加拿大統計調查指出, 雖然控制年齡、性別和收入後, 移民者健康優於本地人, 但當控制健康行為後, 吸菸、飲酒、運動習慣及蔬菜攝取...等, 國籍間的健康差異便不存在, 顯示移民者的健康行為比較佳, 導致健康狀況較好的結果 (Pérez, 2002)。

許多研究指出移民者受到「文化適應」的影響, 而漸漸改變原有的生活習慣, 導致健康狀況的改變。「文化適應」是指當團體中的個體具有不同的文化時並且與團體有持續的接觸而改變原有的文化所產生的結果 (Redfield, Linton, & Herskovits,

1936)。所造成的改變可能包含文化、生活習慣和行為的同化，普遍以「西化」(Westernization)或是「美國化」(Americanization)來描述移民者到西方國家的移民經驗(Salant & Lauderdale, 2003)。

Marmot 和 Syme (1976)也針對居住在舊金山六個區域的日本移民做研究，研究中將日本移民區分為傳統型及西化型，發現西化型的日本人比傳統型的日本人有較高心臟病的比例，即使控制年齡、血壓、血糖血脂、體重、吸菸行為都是得到是一致的結果。認為對於心臟病而言飲食習慣是主要的影響因子；另外，Popkin 和 Udry (1997)調查美國移民者第一代至第三代青少年肥胖比例，發現控制性別和年齡後，西班牙裔和亞裔的肥胖比例是一代比一代還要高，並歸因於文化適應的影響，且對於亞裔尤其影響更大。學者認為移民者暴露在美國不健康飲食的文化之下，導致肥胖、糖尿病和癌症的可能性增高(Li & Karen, 1998)。

所以移民者的健康行為可能是影響健康的差異因素之一。良好的健康行為可能導致較佳的健康狀況。但若移民者本身健康習慣較差，則可能會導致健康狀況差於本地人。



### 第三節 臺灣外籍配偶的健康相關研究

近年來有關臺灣外籍配偶健康的議題已漸漸受到重視，國內不少研究學者皆在呼籲與強調社會應該重視外籍配偶健康，提倡加強健康照護措施、社會支持系統，並應增加國人對於外籍配偶文化的接受（王秀紅、楊詠梅，2002；王秀燕，2007；廖建彰、詹婉瑜，2005）。但有關外籍配偶健康的相關研究卻不多，嘗試了解外籍配偶健康的相關研究寥寥無幾。（臺灣外籍配偶健康研究的彙整表請見表 2-2）

相關研究如 2003 年楊詠梅與王秀紅以質性研究方式調查 15 位在臺居住超過 6 個月以上的印尼籍配偶。研究指出，到臺灣後，外籍配偶在生心理上都出現健康上的問題，如體重減輕、胃潰瘍、便秘、月經失調、憂鬱、疲勞、煩心、悲傷…等問題，尤其是初到臺灣的第一年是最難熬的日子。

李慧貞、蘇秀娟、許芷音 (2004) 從新店市戶政事務所的 1989 年 1-12 月之結婚登記資料中取出新店市 42 個外籍家庭，以家庭問卷訪問的方法調查外籍配偶的健康狀況。結果顯示外籍配偶自覺身體健康良好；嘗試錯誤及老人家的經驗為主要知識的來源；社會輿論讓她們產生不被信任的壓力；以及出現語言的限制及文化差異，導致無法用中文表達心理的感受。

林君萍 (2005) 的碩士論文中為了解幼兒困難氣質特徵的相關影響因素而觀察母親的健康狀況，並做了不同國籍者間的比較。結果指出控制年齡和家庭社經地位後，高雄縣阿蓮鄉的 55 位越南配偶的心理健康顯著低於本國籍配偶。

林麗華、洪志秀 (2007) 利用高雄縣戶政事務所取得 2005-6 年高雄縣美濃鎮資料，並調查 143 位高雄縣美濃鎮越南籍婦女的生活適應、社會支持與憂鬱程度。研究結果發現，98% 表示最低度憂鬱，而家庭社經越佳越不憂鬱；越南籍婦女的社會支持與來臺時間、結婚時間和丈夫年齡呈現統計相關，在臺灣越久社會支持越佳；生活適應也因家庭收入不同而呈顯著差異。越南籍婦女社會支持與生活適應呈顯著正相關；社會支持與憂鬱呈顯著負相關；生活適應與憂鬱呈顯著負相關。

目前臺灣有關外籍配偶健康的相關研究，推測因為缺乏大樣本的資料庫，所

以僅能以訪談的方式獲得資訊。國內的研究多集中於某個縣市的小樣本資料，雖可窺知一二，但仍舊無法全面了解，且缺乏比較的對象，無法了解外籍配偶的健康和本國籍配偶的健康差異情形及影響因素。



## 第四節 啟示

本章節目的在探討國內外研究的主要發現與未來研究方向。主要有以下三點做討論。一、移民族群具有獨特性，研究應考量其社會背景；二、導致移民與本地人健康差異的因素以及機制仍有待探討；三、國內外籍配偶健康的相關研究不多。以下便逐一探討。

### 一、移民族群具有獨特性，研究應考量其社會背景

移民者與移民地本地人的健康差異研究多半過於簡化，然而其實不同的移民族群可能存有不同的移民考量，亦有可能暴露在不同的社會背景之下，將所有的移民族群視為一大分類便很難真正了解箇中的差異，應針對移民族群的社會背景做探討，才能了解真正的影響因素。

在臺灣亦有許多的移民族群，尤其是近幾年來，外籍配偶的人數不斷攀升，來自大陸地區及東南亞地區的女性人口節節升高。在特別的社會背景之下所形成的跨國婚姻，是否也會導致與本國籍配偶的健康差異，亦是近年來主要關心的議題。雖然廣義而言只要配偶非臺灣籍即可稱為外籍配偶，如從日本、韓國、美國、英國…等地方嫁來臺灣的女子，但是來自中國及東南亞地區的配偶其特性屬於較特殊的族群。台灣特有的跨國婚姻可說是自由經濟及資本主義下的產物，故本研究主要以此族群為研究對象。

### 二、導致移民與本地人健康差異的因素以及機制仍有待探討

目前相關研究仍多著重於比較移民者與本地人的健康差異情形，以及觀察不同移民世代與居住時間長短健康差異的變化關係。雖然國外的研究已在多變項分析時除了控制年齡、性別外，仍會控制社經地位、社會支持以及健康行為狀況，以觀察健康差異的影響因素。但卻很少接續探討相關影響因素的作用機制，以及相關影響因素之間的關聯性，便無法全面了解導致健康差異的重要因素以及機制。

臺灣男子受較差的社經狀況影響，多半選擇娶中國或東南亞配偶以達傳宗接代或增加家中無償人力的目的。雖然外籍配偶必須通過政府規定的健康檢查標準

才能進入臺灣，可能有較佳的健康狀況。但因為受丈夫家庭社經狀況較差之故，跨國婚姻家庭通常社經地位也較低，進而影響外籍配偶在臺的生活狀況。而外籍配偶到陌生的臺灣，可能社會支持普遍不佳，外加處於社會經濟弱勢，而導致經由心理社會途徑間接影響外籍配偶的社會支持相對較低。推論經過種種因素而影響外籍配偶與臺籍配偶的健康差異。

### 三、國內外籍配偶健康相關研究不多

從上述文獻探討亦會發現國外大多使用全國性的調查資料做分析，然而臺灣的大型調查資料很少追蹤移民族群的狀況，故礙於資料的取得，臺灣有關研究仍然有限。且國內的有關外籍配偶健康相關研究多半僅就外籍配偶密集的地區採立意取樣或是滾雪球的方式取得研究樣本。如此的抽樣設計無法有效推估外籍配偶的狀況。本研究希望可以藉由全國性調查的資料庫，來提供一個具有代表性的研究樣本。

國內的研究目前的研究對象仍著重於外籍配偶，卻缺乏比較的對象，因此便無法得知外籍配偶的健康、社會支持…等的優劣情況。故為了更加了解外籍配偶來臺灣之後的健康狀況，可以將之與臺籍配偶相互比較，如此一來才有個依據，了解健康差異以及差異的致因，在政策上也有好的依據可以增進外籍配偶的生活與健康問題。

## 第三章 研究方法

### 第一節 研究架構與問題

#### 一、研究架構

本研究的主要目的為探討臺籍母親與外籍母親的健康差異情形，以及了解健康差異的影響因素，並了解其作用機制。根據文獻探討提出研究架構圖 3-1。

研究架構圖如下：

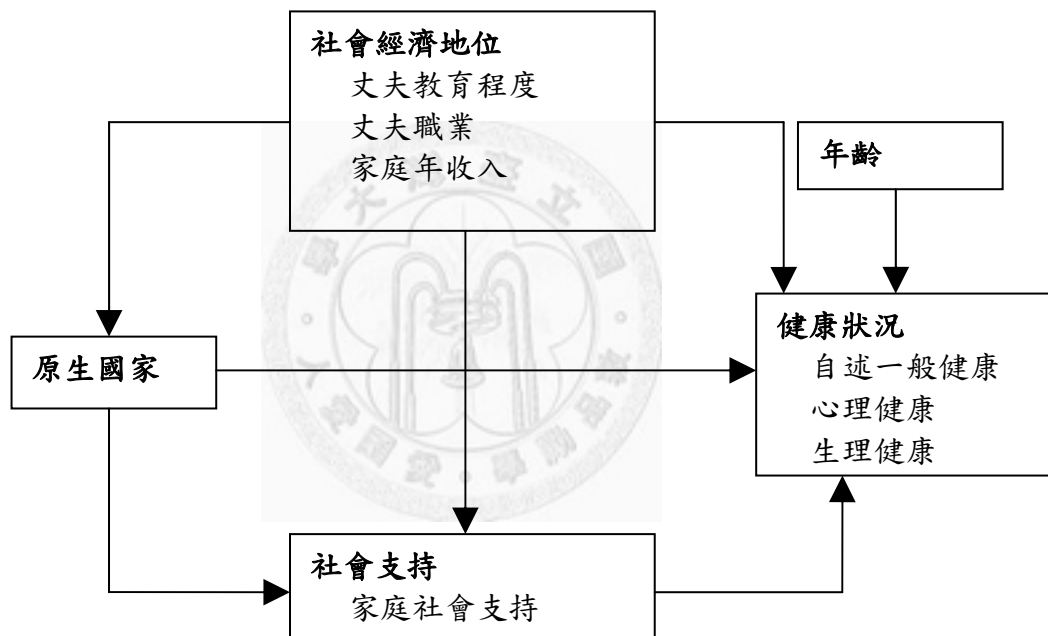


圖 3-1 研究架構圖

#### 二、研究問題

- 1、外籍母親的健康與臺灣母親的健康是否有差異？
- 2、若有差異存在，則是否因社會經濟地位及社會支持的差異所影響？



## 第二節 資料來源

### 一、調查緣起與目的

本研究使用次級資料分析，資料來源為國民健康局的「臺灣地區出生世代及外籍暨大陸配偶生育子女身心健康狀況長期追蹤調查研究」(Taiwan Birth Cohort Study)，簡稱臺灣出生世代研究(TBCS)。臺灣出生世代研究為行政院衛生署國民健康局委託江東亮教授主持，是國內第一個縱貫性調查國內幼兒健康狀況的調查資料，其中也調查父母親的健康及生活狀況及家庭環境狀況…等，以瞭解國內兒童健康的全貌及影響因素，做為制定我國兒童健康政策的依據。本調查主要目的為(1)建立臺灣兒童生長發育與健康狀況常模；(2)探討社會環境對兒童健康與發展的影響；(3)研究童年健康與成人健康的關係；(4)瞭解異國聯姻下一代兒童生長發育健康。

### 二、調查時間、抽樣方式與調查對象

本研究使用臺灣出生世代研究的第一階段先驅調查資料。先驅調查以2003年11及12月的出生嬰兒為抽樣母體。為使樣本具有代表性，此調查依行政區域都市化程度以及總出生率高低將鄉鎮市區域分層，以等機率隨機抽樣方法抽出29個樣本鄉鎮市區，共抽出2048名嬰幼兒及其父母。第一階段先驅調查時間為2004年4月至6月，共完成1785名個案訪問，完訪率達87.2%(1785/2048)，其中母親原始國籍為本國籍者約佔86.7%，非本國籍約有13.3%；非本國籍中，中國籍約佔33.9%，東南亞籍約佔64.9%。

本研究對象為參加臺灣出生世代研究的臺灣、中國及東南亞母親。並排除臺灣地區嬰幼兒健康照護需求調查主問卷或嬰兒母親自覺健康狀態自填問卷未施測者、丈夫非臺灣人者，共1767位。

### 三、調查工具

施測方式為由訪查員以問卷訪問的方式進行調查。調查工具包含四分問卷：  
(1)臺灣地區嬰幼兒健康照護需求調查主問卷；(2)嬰兒發展量表；(3)嬰兒母

親自覺健康狀態自填問卷以及(4)嬰兒父親自覺健康狀態自填問卷。本研究僅使用臺灣地區嬰幼兒健康照護需求調查主問卷以及嬰兒母親自覺健康狀態自填問卷。主問卷大致上分為五部分，含生長發育與健康、照顧方式與生活型態、家庭社會環境、理化環境暴露，及外籍和大陸配偶特有問項。母親自覺健康狀態問卷，則採用 SF-36 臺灣版，包括八個面向，如身體生理功能、因生理功能角色受限、身體疼痛、一般健康、活力、社會功能、因情緒角色受限，以及心理健康。



### 第三節 研究變項

研究變項部分，依變項為健康狀況，分別為自述一般健康、心理健康及生理健康；自變項為原生國家；社經地位，如丈夫教育水準、丈夫職業、家庭年收入以及社會支持。控制變項為年齡。其中本研究另外會探討健康行為，如運動習慣、吸菸、喝酒、嚼檳榔在不同國籍者間的分佈狀況。

本研究利用「嬰兒母親自覺健康狀態自填問卷」取得本研究樣本的健康狀況，並利用「臺灣地區嬰幼兒健康照護需求調查主問卷」取得其他變項。詳細量表內容請參考附錄一及附錄二。

#### 一、健康狀況

- (一)、自述一般健康：詢問受試者「您覺得自己目前的健康狀況如何？」，計分方式為五分點，極好的、很好、好、普通、不好。分析時，則合併為三分點，好、普通、不好。
- (二)、整體生理：出於 SF-36 臺灣版問卷。SF-36 臺灣版問卷分為八個概念，本研究將參考 Ware, J. E. 等人所訂定的分數計算方式，並考慮臺灣的常模，將 8 個構面的分數整合為生理健康分數 (Physical component summary scores, PCS)(Ware, Kosinski, & Gandek, 2003; Ware, Kosinski, & Keller, 1994)。
- (三)、心理健康：出於 SF-36 臺灣版問卷。SF-36 臺灣版問卷分為八個概念，本研究將參考 Ware, J. E. 等人所訂定的分數計算方式，並考慮臺灣的常模，將 8 個構面的分數整合為心理健康分數 (Mental component summary scores, MCS) (Ware, et al., 2003; Ware, et al., 1994)。

另外，有關 SF-36 的 8 個構面概念以及其主要的代表題目，請參考附錄三。

## 二、原生國家

即母親的原始國籍。調查所來自的國家以及籍貫。分為臺灣、中國及東南亞(含柬埔寨、泰國、越南、馬來西亞、菲律賓、印尼及緬甸)3類做比較與分析。

## 三、社會經濟地位

跨國婚姻家庭經濟支出多仰賴夫家的工作收入，故本研究的社會經濟狀況以丈夫的教育、職業，及家庭收入為主要考量。另外，也納入外籍母親本身的教育程度以觀察外籍母親與臺籍母親的差異性。

### (一)、自身教育程度

研究樣本的教育程度主要分為3組，國中以下、高中(職)和大學(專)以上。國中為7至9年的正規教育，高中為受10至12年正規教育，大專以上為受13年以上的正規教育。分析時以國中以下為參考組。

### (二)、丈夫教育程度

研究樣本之丈夫教育程度分為3組，國中以下、高中(職)和大學(專)以上。國中為7至9年的正規教育，高中為受10至12年正規教育，大專以上為受13年以上的正規教育。分析時以國中以下為參考組。

### (三)、丈夫職業

詢問受試者「您先生目前主要是在做什麼職業？」

職業分類部分，依據主計處公布的「中國民國職業標準分類」方式，再進一步區分為「管理」、「專業」、「技術白領」、「低技術白領」、「技術藍領」、「低技術藍領」。而進行分析性統計時，則區分為「管理及專業」、「白領」及「藍領」3個階級。

#### (四)、家庭年收入

詢問受試者「請問您們夫妻倆人最近一年的年收入，大約是多少？」，10萬元以下、10至40萬、40至60萬、60至100萬、100至150萬、150萬至250萬、250萬至300萬及300萬以上。本研究將之合併為40萬元以下、40~59萬元、60~99萬元以及100萬元以上4類進行分析。

#### 四、社會支持

##### (一)、家庭社會支持

詢問受試者和家人相處的情形，如當您遭受困難時，可以從家人得到滿意的幫助、您很滿意家人與您討論各種事情，以及分擔問題的方式、當您希望從事新的活動或發展時，家人都能接受給予支持、您很滿意家人對您表達情感的方式，以及對您的情緒（如憤怒、悲傷、愛）的反應以及您很滿意家人與您共渡時光的方式。共5題。以3分點回答，幾乎很少、有時這樣及經常這樣。分析時，以5題回答分數之加總分數納入分析，間距為5至15分。並將分數轉換為類別變項，5-8分、9-12分以及13-15分，依序為社會支持低、中、高。

#### 五、健康行為

(一)、運動習慣：有沒有運動習慣？沒有、有，但每週未達3次以及有，且每週3次以上。

(二)、吸菸：現在有沒有抽菸？沒有、有。

(三)、喝酒：現在有沒有喝酒？沒有、有。

(四)、嚼檳榔：現在有沒有吃檳榔？沒有、有。

## 第四節 分析方法

研究分析方法採用 SPSS 15.0 統計軟體，分別進行描述性統計及分析性統計，說明如下：

### 一、 描述性統計

首先，了解國家別母親基本特性的分佈狀況，包括人口社會變項、社會支持、健康行為，與健康狀況；利用卡方檢定、t 檢定及一方分類變異數分析 (ANOVA) 不同國家別母親的基本特性是否達統計上顯著差異。亦分析樣本的社經地位與社會支持的關係，此部份利用卡方檢定、t 檢定及一方分類變異數分析 (ANOVA)，分析不同社經地位者的社會支持是否達統計上顯著差異。

第二，了解人口社會變項、社會支持，與健康狀況的關係。利用卡方檢定、t 檢定及一方分類變異數分析 (ANOVA) 來分析不同國家別母親的健康狀況是否達統計上顯著差異。

第三、分析基本人口學、社經地位以及社會支持與健康狀況間的關係。利用卡方檢定、t 檢定及一方分類變異數分析 (ANOVA) 以分析不同特性間，其健康狀況是否達統計上顯著差異，來了解影響健康狀況的相關因素。

### 二、 分析性統計

利用迴歸分析，如羅吉斯迴歸及複迴歸分析，來比較控制年齡、社會經濟地位與社會支持後，不同國籍母親健康的差異。並了解社會經濟地位與社會支持對國籍間健康差異的影響。

另外，更進一步了解社經地位、社會支持與原生國家之間的關係，及其作用機制。此部份以複迴歸方式來分析。

## 第四章 研究結果

本章節包含了六節，第一節為描述研究資料的基本特性，以及社經地位和社會支持的雙變項分析；第二節為原生國家與健康的分佈狀況；第三節為雙變項分析；第四節為多變項分析。另外，有關受訪情形的分析請見附錄四。

### 第一節 基本特性

本節主要目的為，一、描述樣本的原生國家分佈狀況。二、不同國別母親的間基本人口社會變項（如自身年齡、丈夫年齡、居住區域、胎次、社經地位）、健康行為以及社會支持狀況的交叉分佈情形。三、亦探討不同社經地位者，其社會支持的分佈狀況。

#### 一、原生國家分佈狀況

表 4-1 為樣本的原生國家分佈狀況，描述研究樣本數共為 1767 位，其中自評為臺灣者占最多，共 1528 人（佔 86.5%）；其次來自東南亞，共 139 人（佔 7.9%）；而來自中國地區共有 100 人（佔 5.7%）。其來自東南亞的人，包含越南 96 人、印尼 32 人、馬來西亞 1 人、緬甸 2 人以及泰國 3 人。

#### 二、基本人口學變項

表 4-2 描述年齡分佈狀況。研究樣本的自身年齡平均為 29.96 歲，其中以臺灣配偶的年齡最高，平均年齡為 30.38 歲；其次是中國配偶，平均年齡為 29.06 歲；東南亞配偶年紀最小，平均年齡為 25.93 歲。針對來自不同原生國家的母親分析其自身年齡後，發現達統計上顯著差異（ $p < 0.001$ ）。研究樣本的丈夫年齡平均為 36.44 歲，其中東南亞配偶的丈夫年齡最高，平均年齡為 38.95 歲；其次是中國配偶的丈夫，平均年齡為 37.81 歲；臺灣配偶的丈夫年紀最小，平均年齡為 36.13 歲。將不同國別母親的丈夫年齡經統計檢定後達統計上顯著差異（ $p < 0.05$ ）。夫妻的年齡平均差異 6.48 歲，東南亞配偶與丈夫年齡差異最大，平均差異 13.01 歲；其次是中國配偶，與丈夫年齡平均差異 8.75 歲；而臺灣配偶與丈夫年齡差異最小，平均差

異年齡為 5.74 歲。針對不同國別的母親分析其夫妻年齡差距，發現達統計顯著差異 ( $p < 0.001$ )。

從表 4-3 可得知，研究樣本多居住在都市及城市地區，其中臺灣配偶與中國配偶大多居住在都市及城市地區（臺灣佔 51.8%；大陸佔 50.0%）；而東南亞配偶則以居住在鄉村及農村地區居多（佔 42.8%）。來自不同原生國家的母親，其居住地區經統計檢定後達顯著差異 ( $p < 0.001$ )。

同樣從表 4-3 可得知，研究樣本的嬰兒出生胎次多為第一胎（共 1680 位，佔 98.6%）。研究中，臺灣配偶的嬰兒為第一胎者共計 1545 人（佔 98.6%）；中國配偶的嬰兒為第一胎者共計 93 人（佔 98.9%）；而東南亞配偶的嬰兒為第一胎者共計 133 位（佔 98.5%）。不同國別母親的嬰兒出生胎次，經費歇爾精確檢定 (Fisher's exact test) 後未達顯著差異 ( $p > 0.05$ )。

### 三、社會經濟地位

表 4-4 為研究樣本的社經地位的分佈表，分別討論自身教育水準、丈夫教育水準、丈夫工作狀況、丈夫職業以及家庭年收入在不同原生國家之間的分佈狀況。

自身教育水準部分，研究樣本主要為高中（職），共 752 人（佔 42.6%），其次是大學（專）以上，共 717 人（佔 40.6%）。考慮母親國別與自身教育水準分佈狀況，則臺灣配偶主要以大學（專）居多，佔 46.2%；而中國及東南亞配偶則以國中以下居多（中國配偶佔 61.0%；東南亞配偶佔 73.2%）。不同國別母親的自身教育程度經統計分析後，達統計上顯著差異 ( $p < 0.001$ )。

丈夫教育水準分佈狀況，研究樣本主要以大學（專）以上居多，共 749 位，佔 42.8%。若考量母親國別狀況，則臺灣配偶其丈夫教育水準最高，主要為大學（專）以上，佔 42.8%；其次是中國配偶的丈夫，其教育水準主要為高中（職），佔 52.5%；而東南亞配偶丈夫的教育水準最低，主要是國中以下，佔 52.9%。將不同母親國別的丈夫教育水準作統計分析後，達統計上顯著差異 ( $p < 0.001$ )。

丈夫的職業狀況部分，研究樣本中以「藍領」階級最多（共 630 人，佔 37.3



%)，其次是「管理與專業」階級(共 565 人，佔 33.4%)，再其次是「白領」(共 495 人佔 29.3%)。考量母親國別狀況，則臺灣配偶其丈夫的職業以「管理與專業」階級者最多(共 536 人，佔 36.5%)，其次是「藍領」階級(共 485 人，佔 33.0%)；中國配偶其丈夫職業則以「藍領」階級者最多(共 53 人，佔 58.9%)，其次是「白領」階級者(共 25 人，佔 27.8%)；而東南亞配偶其丈夫職業以「藍領」階級者佔最多(共 92 人，佔 70.8%)。將不同母親國別的丈夫職業作統計分析後，發現達顯著差異 ( $p < 0.001$ )。

家庭年收入部分，整體以 60~99 萬元居多，佔 34.0%，其次是 100 萬元以上，佔 23.6%。考量不同母親國別狀況，臺灣配偶家庭年收入主要以 60~99 萬元居多(佔 36.2%)，其次是 100 萬元以上(佔 26.9%)；中國配偶家庭年收入以 40 萬元以下最多(佔 46.0%)，其次是 40~59 萬元(佔 29.0%)；東南亞配偶家庭年收入以 40 萬元以下最多(佔 47.8%)，其次是 40~59 萬元(佔 32.6%)。將不同國別母親的家庭年收入作統計分析後，發現達統計上顯著差異 ( $p < 0.001$ )。

#### 四、社會支持

表 4-5 描述社會支持分佈狀況。家庭社會支持的分數全距為 5 至 15 分，分數越高則家庭社會支持狀況越佳。樣本平均值為 12.47 分，標準差為 2.73。不同母親國別中，則以東南亞配偶分數最高(平均 12.83 分，標準差 2.45)，其次為臺灣配偶(平均 12.44 分，標準差 2.75)，中國分數最低(平均 12.32 分，標準差 2.92)。將不同母親國別的家庭社會支持作統計分析，發現未達統計上顯著差異 ( $p > 0.05$ )。

#### 五、健康行為

表 4-6 描述健康行為之分佈狀況，分別討論不同國別母親，其吸菸、飲酒、嚼檳榔與運動的分佈狀況。

吸菸部分，研究樣本大多沒有吸菸者，佔 94.2%。而就不同母親國別來看，以中國及東南亞配偶的吸菸狀況較佳，中國配偶有 99.9% 不吸菸，東南亞配偶 100.0% 不吸菸，臺灣配偶有 93.3% 不吸菸。不同國別母親，其吸菸狀況達統計上顯著差異 ( $p < 0.001$ )。

飲酒部分，研究樣本大多不飲酒，不飲酒者佔 87.7%。考量原生國家狀況，以中國及東南亞配偶的飲酒狀況較佳，中國配偶有 93.0%不飲酒，東南亞配偶 94.2%不飲酒，臺灣配偶有 86.8%不飲酒。不同國別母親，其飲酒狀況經統計分析後，達統計上顯著差異 ( $p=0.009$ )。

嚼檳榔狀況，研究樣本大多沒有嚼檳榔，沒有嚼檳榔者共 1756 人，佔 99.4%。考量原生國家狀況，以臺灣配偶有嚼檳榔者居多，佔 0.7%；中國及東南亞配偶皆沒有人嚼檳榔。利用費歇爾精確檢定 (Fisher's Exact Test)分析不同國別母親，其嚼檳榔狀況並未達統計上顯著差異 ( $p=0.797$ )。

運動狀況的分佈情形，整體而言以沒有運動者居多，佔 73.2%，其次是有運動且每週達三次以上者，佔 16.3%。不同國別母親，以中國配偶和東南亞配偶的運動狀況較差，其沒有運動比例，中國佔 75.0%、東南亞佔 78.3%，皆比臺灣配偶高 (佔 72.6%)。不同國別母親，其運動狀況經統計分析後，達顯著差異 ( $p=0.014$ )。

## 六、社會經濟地位與社會支持之交叉分佈狀況

表 4-7 為社經地位與家庭社會支持之交叉分佈狀況。從表中可得知，擁有家庭社會支持的程度與社經地位成正向的分佈，隨著社會經濟狀況越佳，擁有家庭社會支持的比例也隨之增加。

就教育程度而言，自身教育水準為大學（專）以上的家庭社會支持平均分數最高（12.91 分，標準差 2.45），其次是高中（職）（12.14 分，標準差 2.85），國中以下平均分數最低（12.18 分，標準差為 2.94）。而研究樣本的丈夫的教育水準部分，若丈夫為大學（專）以上，其家庭社會支持平均分數最高（13.00 分，標準差 2.46），高中（職）其次（12.18 分，標準差 2.82），國中以下平均分數最低（11.84 分，標準差 2.93）。經過統計分析後，研究樣本的自身、丈夫教育水準程度與家庭社會支持達統計上顯著差異 ( $p<0.001$ )，且經過 Scheffe 事後比較後，皆發現大學（專）以上的平均分數顯著大於國中以下及高中（職）的平均分數。

丈夫職業部分，以「管理及專業」階級者的家庭社會支持平均分數最高（12.82

分，標準差 2.59)，其次是「白領」階級者（12.42 分，標準差 2.68），而「藍領」階級者家庭社會支持平均分數最低（12.24 分，標準差 2.82）。經統計分析後，達統計上顯著差異( $p < 0.001$ )。且經 Scheffe 事後比較後，發現「管理及專業」階級者的家庭社會支持平均分數顯著大於「藍領」階級者。

家庭年收入部分，以 100 萬元以上者其家庭社會支持平均分數最高（13.23 分，標準差 2.32），其次是 60~99 萬元者（12.53，標準差 2.61），再其次是 40~59 萬元者（12.25 分，標準差 2.85），而 40 萬元以下者的家庭社會支持平均分數最低（11.70 分，標準差 3.00）。經過統計分析後，不同的家庭年收入程度，其家庭社會支持狀況達統計上顯著差異( $p < 0.001$ )。經 Scheffe 事後比較後，發現年收入 100 萬元以上者其家庭社會支持平均分數顯著高於 40~59 萬以及 60~99 萬者，而 40~59 萬以及 60~99 萬者亦顯著高於年收入 40 萬以下者。

## 第二節 健康狀況

表 4-8 為不同原生國家的健康狀況分佈情形。健康狀況主要分為三個面向，自述一般健康、生理健康，以及心理健康。其中生理健康及心理健康是由臺灣版 SF-36 問卷的 8 個構面分數轉換而得。以下便一一做描述。

### 一、自述一般健康狀況

如表 4-8 所示研究樣本大部分表示自述一般健康狀況為「好」，佔所有樣本的 74.7%，其次是「普通」，佔 23.4%。不同母親國別中，東南亞配偶中有 87.8% 表示自述一般健康是「好」；中國配偶中自述一般健康表示為「好」者佔 85.0%；而臺灣配偶中表示自述一般健康為「好」者佔 72.9%。可發現臺灣配偶及外籍配偶的自述一般健康狀況差異很大。臺灣配偶相較於中國配偶及東南亞配偶而言，其自述一般健康表示為「好」者比較少。將不同國別母親的自述一般健康作費歇爾精確檢定 (Fisher's Exact Test) 後，發現達統計上顯著差異 ( $P < 0.001$ )。

## 二、生理健康

研究樣本的生理健康指標來自於 SF-36 的整體生理健康分數 (physical component summary scores, PCS)。所有樣本的整體生理健康平均分數為 53.50 分，標準差為 7.29。考量母親國別，以臺灣配偶的整體生理健康分數最低，平均 53.44 分，標準差 7.42；其次是東南亞配偶，平均 53.46 分，標準差 6.61；中國配偶的分數最高，平均 54.33 分，標準差 5.93。發現臺灣配偶及外籍配偶的生理健康狀況差異不大。將不同國別母親的生理健康經統計分析後，發現未達統計上顯著差異 ( $p=0.496$ )。

## 三、心理健康

研究樣本的心理健康指標來自於 SF-36 的整體心理健康分數 (mental component summary scores, MCS)。所有樣本的整體心理健康平均分數為 43.61 分，標準差為 8.96。考量母親國別，以臺灣配偶的心理健康最差，平均 45.55 分，標準差 8.74；其次是中國配偶，其整體心理分數平均為 49.98 分，標準差為 8.99；而東南亞配偶心理健康最佳，平均 51.93 分，標準差為 8.70。可發現臺灣配偶及外籍配偶的心理健康狀況差異很大，將不同母親國別的心理健康做統計分析後，發現達統計上顯著差異 ( $p < 0.001$ )。經 Scheffe 事後比較後發現臺灣配偶的整體心理健康分數顯著低於中國及東南亞配偶。

## 四、SF-36 之 8 個構面得分狀況

臺灣版 SF-36 問卷可以將 36 個問題區分為 8 個構面，分別為生理功能 (Physical Functioning, PF；4 題)、因生理問題角色受限 (Role limitation due to physical problems；Role-Physical, RP；4 題)、身體疼痛 (Bodily Pain, BP；2 題)、一般健康狀況 (General Health, GH；5 題)、活力 (Vitality, VT；5 題)、社會功能 (Social Functioning, SF；2 題)、因情緒問題角色受限 (Role limitation due to emotion problems；Role-Emotional, RE；3 題) 及心理健康 (Mental Health, MH；5 題)。並根據 Ware 等人 (1994) 所公布的分數轉換方式，將所有構面分數轉換為滿分 100 以作比較。以下便一一描述不同原生國家間分數分佈情形。SF-36 之 8 個構面資訊統

整於附錄三，而本研究樣本之 8 個構面分數統整於附錄五。

#### (一)、生理功能 (Physical Functioning, PF)

所有樣本的生理功能平均分數為 91.56 分，標準差為 12.68。不同原生國家中，以東南亞配偶的生理功能最差，平均 91.00 分，標準差 15.17；其次是臺灣配偶，其生理功能平均為 91.46 分，標準差為 12.55；而中國配偶生理功能最佳，平均 93.85 分，標準差為 9.48。將不同國別母親的生理功能做統計分析後，未達統計上顯著差異 ( $p=0.163$ )。

#### (二)、因生理問題角色受限 (Role-Physical, RP)

因生理問題角色受限部分，所有樣本的平均分數為 83.40 分，標準差為 30.19。不同原生國家中，以臺灣配偶的分數最差，平均 82.72 分，標準差 30.86；其次是東南亞配偶，其平均分數為 87.23 分，標準差為 25.08；而中國配偶生理功能最佳，平均 88.38 分，標準差為 25.08。將不同國別母親的因生理問題角色受限分數做統計分析後，未達統計上顯著差異 ( $p=0.058$ )。

#### (三)、身體疼痛 (Bodily Pain, BP)

所有樣本的身體疼痛平均分數為 82.42 分，標準差為 19.27。不同原生國家中，以臺灣配偶的身體疼痛最差，平均 81.44 分，標準差 19.49；其次是中國配偶，其心理分數平均為 81.51 分，標準差為 16.75；而東南亞配偶身體疼痛最佳，平均 89.53 分，標準差為 16.37。將不同國別母親的身體疼痛做統計分析後，達統計上顯著差異 ( $p<0.001$ )。經 Scheffe 事後比較後發現臺灣配偶的身體疼痛顯著低於中國及東南亞配偶。

#### (四)、一般健康狀況 (General Health, GH)

所有樣本的一般健康狀況平均分數為 72.06 分，標準差為 18.60。不同原生國家中，以臺灣配偶的一般健康狀況最差，平均 71.24 分，標準差 18.81；其次是中國配偶，其心理分數平均為 76.97 分，標準差為 16.18；而東南亞配偶一般健康狀況最佳，平均 77.50 分，標準差為 16.44。將不同國別母親的一般健康狀況做統計

分析後，達統計上顯著差異 ( $p < 0.001$ )。經 Scheffe 事後比較後發現臺灣配偶的一般健康狀況顯著低於中國及東南亞配偶。

#### (五)、活力 (Vitality, VT)

所有樣本的活力平均分數為 61.22 分，標準差為 17.88。不同原生國家中，以臺灣配偶的活力最差，平均 59.72 分，標準差 17.54；其次是中國配偶，其心理分數平均為 69.50 分，標準差為 17.53；而東南亞配偶活力最佳，平均 71.84 分，標準差為 16.73。將不同國別母親的活力分數做統計分析後，達統計上顯著差異 ( $p < 0.001$ )。經 Scheffe 事後比較後發現臺灣配偶的活力分數顯著低於中國及東南亞配偶。

#### (六)、社會功能 (Social Functioning, SF)

所有樣本的社會功能平均分數為 82.98 分，標準差為 16.27。不同原生國家中，以臺灣配偶的社會功能最差，平均 82.23 分，標準差 16.27；其次是中國配偶，其心理分數平均為 87.38 分，標準差為 15.74；而東南亞配偶社會功能最佳，平均 87.95 分，標準差為 15.23。將不同國別母親的社會功能分數做統計分析後，達統計上顯著差異 ( $p < 0.001$ )。經 Scheffe 事後比較後發現臺灣配偶的社會功能分數顯著低於中國及東南亞配偶。

#### (七)、因情緒問題角色受限 (Role-Emotional, RE)

因情緒問題角色受限部分，所有樣本的平均分數為 75.14 分，標準差為 36.00。不同原生國家中，以臺灣配偶的分數最差，平均 74.02 分，標準差 36.60；其次是中國配偶，其分數平均為 78.33 分，標準差為 33.96；而東南亞配偶分數最佳，平均 85.13 分，標準差為 28.42。將不同國別母親的因情緒問題角色受限分數做統計分析後，達統計上顯著差異 ( $p = 0.001$ )。經 Scheffe 事後比較後發現臺灣配偶的因情緒問題角色受限分數顯著低於中國及東南亞配偶。

#### (八)、心理健康 (Mental Health, MH)

所有樣本的心理健康平均分數為 66.57 分，標準差為 15.87。不同原生國家中，

以臺灣配偶的心理健康最差，平均 65.44 分，標準差 15.50；其次是中國配偶，其心理分數平均為 71.76 分，標準差為 16.20；而東南亞配偶心理健康最佳，平均 75.17 分，標準差為 16.00。將不同國別母親的心理健康分數做統計分析後，達統計上顯著差異 ( $p < 0.001$ )。經 Scheffe 事後比較後發現臺灣配偶的心理分數顯著低於中國及東南亞配偶。

### 第三節 雙變項分析

本節主要目的在於，一、描述研究樣本的不同的人口社會特性、社會支持，及健康行為在健康狀況上的分佈狀況。二、亦探討不同社經地位者，其社會支持的分佈狀況。以下便一一作描述。

#### 一、自述一般健康

##### (一)、基本人口變項與自述一般健康之交叉分佈狀況

表 4-9 為不同人口變項的自述一般健康分佈狀況。從表中可發現，研究樣本的自身年齡部分，年齡介於 25 歲至 29 歲者，表示自述一般健康為「好」者計有 425 人，比例佔最多，共佔 77.4%；其次為 24 歲以下者，其中表示自述一般健康為「好」者計有 424 人，佔 76.2%；再其次是 35 歲以上者，共計有 234 人（佔 3.6%）表示自述一般健康為「好」。將不同自身年齡程度的自述一般健康進行統計分析後，並未達統計上顯著差異 ( $p = 0.530$ )；而丈夫年齡部分為 29 歲以下者，其表示自述一般健康為「好」者計有 240 人，佔 76.2%，比例上佔最多；其次為丈夫年齡 30 至 34 歲者，其中表示自述一般健康為「好」者有 437 人，佔 75.6%；再其次為丈夫年齡在 35 至 39 歲者，其中表示自述一般健康為「好」者計有 368 人，佔 75.41%。將丈夫年齡與自述一般健康進行統計分析後，並未達統計上顯著差異 ( $p = 0.678$ )。

同樣從表 4-9 可發現，在居住城市部分，研究樣本居住在鎮、鄉的街上者，表示自述一般健康為「好」者共有 276 人，佔 76.2%，為比例上最多；其次是居住

在都市、城市者，其表示自述一般健康為「好」者計有 663 人，佔 74.7%；而居住在鄉村、農村者表示自述一般健康為「好」者的比例佔最少，共 378 人，73.4%。不同居住地區者的自述一般健康並未達統計上顯著差異 ( $p=0.874$ )。

胎次部分，研究樣本的嬰兒為第一胎者，其表示自述一般健康為「好」者計有 1260 人，佔 75.0%，比嬰兒的出生胎次為一胎以上者比例還要高。研究樣本的嬰兒出生胎次為一胎以上者，其表示自述一般健康為「好」者計有 15 人，佔 65.2%。將生不同胎次母親的自述一般健康進行統計分析後，發現並未達統計上顯著差異 ( $p=0.362$ )。

## (二)、社經地位與自述一般健康之交叉分佈狀況

表 4-10 為不同社經地位者，其自述一般健康的分佈狀況。分別討論不同的社經地位者，如自身教育水準、丈夫教育水準、丈夫工作狀況、丈夫職業，以及家庭年收入，其自述一般健康的分佈狀況。

自身教育水準部分，國中以下表示自述一般健康為「好」者比例佔最多，計有 229 人，佔 77.4%；其次為大學（專）以上者，表示自述一般健康為「好」者計有 551 人，佔 76.8%；高中（職）者為比例最少，計有 539 人，佔 71.7%。經過統計分析後，不同自身教育水準的自述一般健康並未達統計上顯著差異 ( $p=0.149$ )。

丈夫教育水準部分，其中以大學（專）以上表示自述一般健康為「好」者比例佔最多，計有 572 人，佔 76.4%；其次為丈夫教育程度為高中（職）者，表示自述一般健康為「好」者計有 525 人，佔 75.1%；而丈夫教育程度為國中以下表示自述一般健康為「好」者比例為最少，計有 211 人，佔 70.3%。經過統計分析後，發現不同的丈夫教育程度，其自述一般健康並未達統計上顯著差異 ( $p=0.354$ )。

丈夫職業部分，以丈夫為「管理與專業」者，自述一般健康為最佳，其中表示自述一般健康為「好」者，計有 440 人，佔 77.9%；其次是丈夫為「藍領」者，其中表示自述一般健康為「好」者，計有 469 人，佔 74.4%，再其次為丈夫為「白領」者，其中表示自述一般健康為「好」者，計有 356 人，佔 71.9%。經過統計



分析後，不同的丈夫職業，其自述一般健康並達統計上顯著差異 ( $p=0.029$ )。

家庭年收入部分，以年收入 40~59 萬元者表示自述一般健康為「好」者佔最多，計有 285 人，佔 76.2%；其次為年收入 100 萬元以上，其中表示自述一般健康為「好」者計有 316 人，佔 76.1%；再其次為 60~99 萬元者，其中表示自述一般健康為「好」者計有 451 人，佔 75.3%。將不同的家庭年收入者，其自述一般健康進行統計分析，發現並未達統計上顯著差異 ( $p=0.310$ )。

### 社會支持與自述一般健康之交叉分佈狀況

表 4-11 為社會支持與自述一般健康的分佈狀況。家庭社會支持的分數間距為 5 至 15 分，分數越高則社會支持越佳。而表示自述一般健康為「好」者平均家庭社會支持分數為 12.75 分，標準差為 2.55，為分數最高；其次是表示自述一般健康為「普通」者，其家庭社會支持平均分數為 11.69 分，標準差為 3.05；再其次是表示自述一般健康為「不好」者，其家庭社會支持平均分數為 11.46 分，標準差為 3.32。自述一般健康越佳者，其家庭社會支持的平均分數也越佳。家庭社會支持分數越高，其自述一般健康越佳，且達統計上顯著差異 ( $p<0.001$ )。

## 二、生理健康

### (一)、基本人口學與生理健康

表 4-12 呈現基本人口學的生理與心理健康狀況。故從表中可得知，研究樣本的自身年齡在整體生理健康分數方面無太大的差異，平均分數約為 53 分左右。其中以 25 至 29 歲者，其整體生理健康分數最佳，平均為 53.92 分，標準差為 6.84；其次為 30 至 34 歲，其整體生理健康平均分數為 53.45 歲，標準差為 7.65。將不同年齡層的生理健康作統計分析後，發現未達統計上顯著差異 ( $p=0.534$ )。而丈夫年齡部分，以丈夫年齡為 30 至 34 歲者，其整體生理健康平均分數最高，為 54.20 分，標準差為 6.86；其次是丈夫年齡為 29 歲以下者，其整體生理健康平均分數為 53.60 分，標準差為 6.91。經統計分析後，不同的丈夫年齡層，其生理健康達統計上顯著差異 ( $p=0.042$ )，且經事後比較後發現 30 至 34 歲的平均分數顯著高於 35 至 39 歲及 40 歲以上。

居住地區部分，不論居住在何處，其整體生理健康平均分數約為 53 分左右。其中以居住在都市、城市者其整體生理健康平均分數較高，53.66 分，標準差 7.16；其次為居住在鎮、鄉的街上者，其整體生理健康平均分數為 53.63 分，標準差 7.53 分。不同居住地區者，其整體生理健康分數經統計分析後，未達統計上顯著差異 ( $p=0.374$ )。

就嬰兒出生胎次而言，以嬰兒為第一胎者，其整體生理健康平均分數較高，53.59 分，標準差為 7.27；其次是嬰兒為第一胎以上者，其整體生理健康平均分數為 51.03，標準差為 8.10。考量研究樣本的嬰兒出生胎次，其整體生理分數經過統計分析後，發現未達統計上顯著差異( $p=0.102$ )。

## (二)、社經地位與生理健康

表 4-13 為不同的社經地位在生理狀況與心理健康上的分佈表。研究樣本的自身教育水準部分，不論教育程度為何，其整體生理健康分數平均約為 53 左右。其中以大學（專）以上者其整體生理健康平均分數最高（53.81 分，標準差 6.99），其次國中以下（53.39 分，標準差 7.12）。而在研究樣本的丈夫教育水準中，不論教育程度為何，其整體生理健康平均分數亦約為 53 分左右。其中以丈夫教育程度為大學（專）以上者的整體生理健康平均分數最高（53.79 分，標準差 7.06），其次為高中（職）（53.32 分，標準差 7.37）。經統計分析後，不同的自身、丈夫教育水準，其生理健康未達統計上顯著差異 ( $p=0.292$ 、 $p=0.187$ )。

丈夫職業部分，不論研究樣本丈夫的職業為何，整體生理健康分數大約為 53 分左右。其中以丈夫職業為「管理與專業」者，則其整體生理健康平均分數最高，53.70 分，標準差為 7.26；其次是丈夫職業為「白領」，其整體生理健康平均分數為 53.54 分，標準差 7.64；再其次為「藍領」，整體生理健康平均分數為 53.31 分，標準差 7.02。經過統計分析後，不同的丈夫職業，其生理健康未達統計上顯著差異 ( $p=0.640$ )。

家庭年收入部分，不論家庭年收入程度，整體生理健康分數大約為 53 分。其中以年收入為 60~99 萬元者，研究樣本的整體生理平均分數最高，53.93 分，標

準差 6.84；其次是家庭收入為 100 萬元以上者，其整體生理平均分數為 53.72，標準差 7.22。將不同家庭年收入程度的生理健康進行統計分析後，兩者未達統計上顯著差異 ( $p=0.107$ )。

### (三)、社會支持與生理健康

表 4-14 描述社會支持與生理、心理健康的交叉分佈狀況。家庭社會支持部分，將其區分為社會支持度高、中、低。家庭社會支持度高者，其整體生理健康最佳（平均 53.97 分，標準差 6.61）；其次是家庭社會支持度中者（平均 53.44 分，標準差 7.60）。與生理健康進行統計分析，其相關係數為 0.091，達統計上的顯著相關 ( $p<0.001$ )。

## 三、心理健康

### (一)、基本人口學與心理健康

表 4-12 呈現不同基本人口變項間的生理、心理健康狀況。研究樣本的自身年齡部分，不論年齡為多少，整體心理健康平均分數約為 46 分。其中以 24 歲以下者其整體心理健康平均分數最高，46.80 分，標準差 9.28；其次為 30 至 34 歲，整體心理健康平均分數為 46.35 分，標準差 8.95。而丈夫年齡部分，不論丈夫年齡為何，其整體心理健康平均分數亦約為 46 分。其中整體心理健康平均分數最高分者為丈夫年齡在 40 歲以上者（46.52 分，標準差 9.14），其次為 35 至 39 歲者（46.35 分，標準差 8.98）。不同的自身及丈夫年齡間，其心理健康皆未達統計上顯著差異 ( $p=0.689$ 、 $p=0.918$ )。

居住地區部分，不論居住何處，整體心理健康平均分數大約 46 分。其中以居住在鄉村、農村地區者整體心理健康平均分數比較高（46.33 分，標準差 9.25）；其次為居住在都市、城市地區，平均分數為 46.30，標準差 8.88。不同居住地區者間，其心理健康未達統計上顯著差異 ( $p=0.995$ )。

嬰兒出生胎次部分，不論研究樣本的嬰兒是否為第一胎出生，其整體心理健康分數約為 46 分。其中以嬰兒是第一胎以上者，其整體心理健康平均分數較高

(46.34 分，標準差 8.24)，次為嬰兒為第一胎者 (46.27 分，標準差 8.93)。經過統計分析後，不同嬰兒出生胎次的母親，其心理健康並未達到統計上顯著差異( $p=0.972$ )。

## (二)、社經地位與心理健康

表 4-13 為社經地位在生理、心理健康上的分佈表。研究樣本的自身教育水準部分，以國中以下者，其整體心理健康平均分數最高 (48.20 分，標準差 9.98)，其次為高中 (職) 者 (46.19 分，標準差 9.02)，大學 (專) 以上者平均分數最低 (45.61 分，標準差 8.32)。不同自身教育水準，其整體心理健康分數達統計上顯著差異 ( $p<0.001$ )。經事後檢定後，國中以下的平均分數顯著大於高中 (職) 及大學 (專) 以上者。研究樣本的丈夫教育水準部分，不論丈夫教育水準為何，整體心理健康平均分數約為 46 分。其中以丈夫教育程度為國中以下者，其整體心理健康平均分數最高 (46.94 分，標準差 9.88)，其次為高中 (職) 者 (46.41 分，標準差 9.06)。考量丈夫教育水準，心理健康經統計分析後，未達統計上顯著差異 ( $p=0.317$ )。

丈夫職業部分，其中以丈夫職業為「藍領」階級者，其整體心理健康平均分數最高 (47.02 分，標準差 9.20)，其次是「管理與專業」階級 (46.50 分，標準差 8.94)，再其次為「白領」階級 (45.22 分，標準差 8.63)。不同丈夫職業，其心理健康達統計上顯著差異，經過事後比較後，發現「藍領」階級者的分數顯著高於「白領」階級者。

家庭年收入部分，不論家庭年收入多少，整體心理健康平均分數約為 46 分。其中以家庭年收入為 40~59 萬元者，其整體心理健康平均分數最高 (46.52 分，標準差 8.79)，其次為年收入 100 萬以上者 (46.47 分，標準差 8.57)，再其次為年收入 40 萬以下 (46.43 分，標準差 9.68)。經統計分析後，不同的家庭年收入間，其心理健康未達統計上顯著差異 ( $p=0.818$ )。

## (三)、社會支持與心理健康

表 4-14 描述社會支持與生理、心理健康的交叉分佈狀況。家庭社會支持部分，

將其區分為社會支持度高、中、低。家庭社會支持度高者，其整體心理健康最佳（平均 48.47 分，標準差 8.21）；其次是家庭社會支持度中者（平均 44.14 分，標準差 8.20）。將研究樣本的社會支持程度與心理健康進行統計分析，其相關係數為 0.387，達統計上的顯著相關( $p < 0.001$ )。

#### 第四節 多變項分析

本節主要目的為控制年齡、社會經濟地位與社會支持後，不同國籍母親健康的差異狀況。以及進一步了解社會經濟地位與社會支持對國籍間健康差異的影響，故利用羅吉斯迴歸以及複迴歸分別觀察，相較於控制年齡而言，再控制社經地位及社會支持後，國籍別的健康差異變化情形。

##### 一、社會經濟地位與社會支持對於原生國家間健康差異之影響

從表 4-8 得知，不同國籍別母親的自述一般健康及心理健康上有差異，故以下針對此兩種健康狀況做分析。

##### (一)、自述一般健康

自述一般健康的部份可從表 4-16 得知。以臺籍配偶為參考組，即使控制年齡、社經地位以及社會支持，外籍配偶的勝算比皆顯著大於 1 (Model 3)，即表示自述一般健康狀況優於臺籍配偶。

然而，未控制社經地位及社會支持時 (Model 1)，外籍配偶的勝算比皆顯著大於 1，代表外籍配偶的自述一般健康較佳，中國配偶的勝算比為 1.99 ( $p = 0.025$ )，東南亞配偶為 2.14 ( $p = 0.006$ )；而當控制社經地位 (Model 2)，外籍配偶的勝算比仍舊顯著大於 1，中國配偶的勝算比為 2.54 ( $p = 0.003$ )，東南亞配偶為 2.90 ( $p < 0.001$ )，且 Model 2 的中國配偶與東南亞配偶的勝算比皆大於 Model 1 的勝算比；當控制社經地位以及社會支持後 (Model 3)，外籍配偶的勝算比仍舊顯著大於 1，中國配偶的勝算比為 2.43 ( $p = 0.005$ )，東南亞配偶為 2.45 ( $p = 0.002$ )，但相較於 Model 2，Model 3 的勝算比較小， $p$  值亦有增加。

## (二)、心理健康

表 4-16 為心理健康的複迴歸結果表。以臺籍配偶為參考組，即使控制年齡、社經地位以及社會支持，外籍配偶的心理健康係數皆顯著大於 0 (Model 3)，表示心理健康狀況優於臺籍配偶。

若僅控制年齡時 (Model 1)，外籍配偶的整體心理健康分數顯著高於臺籍配偶 (中國配偶高 4.74 分，東南亞配偶高 6.79 分， $p < 0.001$ )；另外再增加控制社經地位 (Model 2)，外籍配偶的整體心理健康分數仍舊顯著高於臺籍配偶 (中國配偶高 5.24 分，東南亞配偶高 7.28 分， $p < 0.001$ )。且相較於 Model 1 而言，外籍配偶的整體心理健康分數與臺灣配偶的差異更大，心理健康更佳；控制社經地位及社會支持後 (Model 3)，中國配偶的整體心理健康分數仍舊顯著大於臺灣配偶 (高 4.83 分， $p < 0.001$ )。但 Model 3 相較於 Model 2，外籍配偶的整體心理分析差距縮小，但相較於 Model 1 差距變大了。

## 二、原生國家、社會經濟地位與社會支持的關係

表 4-17 為原生國家、社經地位與社會支持的迴歸分析結果。以社會支持為依變項，分析不同的原生國家及社經地位，對於社會支持的影響。

從表 4-17 可發現，將母親的原生國家與社經地位放進複迴歸中，東南亞配偶的家庭社會支持得分顯著高於臺灣配偶 (高 1.16 分， $p < 0.001$ )；社經地位中的丈夫教育水準及家庭年收入亦達統計上顯著差異，丈夫教育程度為大學 (專) 以上，其家庭社會支持得分高於丈夫教育程度為國中以下 (高 0.89 分， $p < 0.001$ )，家庭年收入為 40~59 萬元 (高 0.56 分， $p = 0.007$ )、60~99 萬元 (高 0.81 分， $p < 0.001$ ) 以及 100 萬元以上者 (高 1.37 分， $p < 0.001$ )，其家庭社會支持得分皆高於年收入 40 萬元以下者。

## 第五章 討論與建議

本研究主要目的為了解外籍母親與臺籍母親的健康差異狀況及其致因。故第一節主要整理研究結果，並與其他研究進行比較，以回答本研究的問題。第二節則針對本研究結果提出政策及未來研究方向之建議。第三節提出本研究之限制。

### 第一節 討論

本研究主要研究結果為(1)外籍母親的自述一般健康及心理健康皆優於臺籍母親，但是生理健康無差異（見表 4-9）；(2)即使控制社經地位及社會支持後，外籍母親的自述一般健康及心理健康狀況仍舊顯著優於臺籍母親（見表 4-16 及表 4-17）。

出乎意料之外，本研究發現外籍母親的健康比臺籍母親佳，推測因(1)因文化而導致對健康的認知有所差異(2)社會篩選機制(3)受社經地位所影響(4)受健康行為及社會支持所影響(5)暴露時程尚短。以下便一一做探討。

#### 一、 因文化而導致對健康的認知有所差異

文化會影響個體對於疾病的感知、解釋，以及在行為上的回應與處理(Angel & Thoits, 1987)。許多研究發現，臨床的病徵表現和在個體主觀的看法常常是不一致的，並認為文化是很重要的影響因子，故應考量測量工具的適宜性。本研究的健康測量方式並非客觀的醫學數值，如血壓、血糖、身高或體重…等，具有實質意義的健康診斷指標，而是屬於主觀的健康評價指標。客觀的健康指標在不同的國家雖用不同的語言表達，但卻可以傳達相同的意義；然而主觀的健康評價指標卻會因為不同的文化、語言及認知而有所差異，如 Angel 及 Guranaccia (1989)研究中，用英文和西班牙文調查墨西哥和波多黎哥裔美國人，發現相較於使用西班牙文，在英文的測量之下有較多的人表示正向的健康結果，推測差異是受語言影響。

主觀的健康評價會受到早期的生活經驗、認知、參考團體、社會預期，以及對健康的敏感度所影響(Angel & Thoits, 1987)。故主觀的健康評價中含相當多的訊息，人們跟據不同的觀點及價值觀做出不同的健康評價(Idler & Benyamini, 1997;

Zimmer, Natividad, Lin, & Chayovan, 2000)。推測臺籍配偶和外籍配偶因文化、早期生活經驗，以及參考團體有差異，故健康上的認知與感受度亦有所差異，可能導致外籍配偶的健康評價多屬於正面評價。另外，由於外籍配偶普遍受到歧視，被認為是不健康的，所以可能會傾向表達自己擁有良好健康。

國外的長期調查研究指出，即使近期移民的健康狀況較好，卻隨著移民時間增加而變差。推測除了不良的社會環境暴露以外，另外可能出現「文化適應」(acculturation)或「同化作用」(assimilation)。因為文化的改變，導致對於健康的評價趨近於當地人，故健康差異變小(McDonald & Kennedy, 2004; Newbold, 2005a, 2005b)。

綜上所述，文化對於不同族群間健康的評價差異可能是導致外籍配偶的健康狀況優於臺籍配偶的原因。

## 二、 社會篩選機制

外籍配偶得以嫁來臺灣皆是經過篩選後的結果。研究者調查臺灣的教育水準以高中、大專畢業者居多，但在中國、印尼等地區，國中畢業者即屬於當地高教育水準的知識份子，大多數人僅有國小畢業的程度(BPS, 2009；中華人民共和國國家統計局，2000)。臺灣男子挑選外籍配偶為終生伴侶時通常會挑選年輕貌美、健康狀況良好、在當地屬高學歷的女子，況且要在臺灣拿到居留證仍需通過臺灣政府的健康檢查標準。經過層層的篩選後，臺灣的外籍配偶通常是相對健康的。

且會定下決心並嫁來臺灣的女子，身心上的調適以及堅韌性亦不低，可能導致她們較具有正面的情緒反應，以及對壓力的調適能力。故除了透過國家政策篩選生理條件外，亦可能透過可能自我篩選使得臺灣外籍配偶具有良好的抗壓能力以及心理健康。

## 三、 受社經地位所影響

許多研究指出社經地位越佳，健康狀況亦越佳，且社經地位可能直接或間接影響健康(Macinko, et al., 2003)。然由表 4-4 可發現，外籍母親的家庭社經地位顯



著差於臺籍母親家庭，故外籍母親健康較佳並非因有良好的社會經濟狀況。反倒發現在多變項分析時，控制社經地位後，外籍母親與臺籍母親的健康差距變大(參考表 4-16、表 4-17)。顯示若外籍母親擁有和臺籍母親相同的社經地位時，健康狀況會更好。國外有關移民者健康研究亦發現，移民者的社經地位若不佳，便會影響健康狀況(Dey & Lucas, 2006; Frisbie, et al., 2001; Pérez, 2002; Silveira & Ebrahim, 1998)。

外籍母親的健康比臺籍母親佳並非因擁有較佳的社會經濟狀況，反而因社經地位不佳而導致外籍配偶的健康有變差的傾向。

#### **四、 受健康行為及社會支持所影響**

研究指出良好的健康行為以及較佳的社會支持會導致較佳的健康結果。由表 4-7 可發現外籍母親的健康行為的比例，如吸菸、喝酒，皆顯著少於臺籍母親，推測外籍母親的健康比臺籍母親佳的原因可能擁有良好的健康行為果。國外有許多移民研究亦推測移民者健康優於本地人者是因為較佳的健康行為，導致慢性病狀況或身體健康狀況較佳(Marmot & Syme, 1976; Pérez, 2002; Popkin & Udry, 1998)，故本研究議題仍具有繼續追蹤研究的價值。

但由表 4-6 發現外籍母親與臺籍母親的社會支持無顯著差異，故無法有效推論，外籍母親的健康優於臺灣母親是受社會支持所影響。但國外研究指出因受到社會支持的影響，使的移民者與本地人的健康有差異，若社會支持不佳，健康狀況亦會受到影響(Dunn & Dyck, 2000; Singh & Hiatt, 2006)。

推測外籍母親健康較佳可能是來自於較佳的健康行為所影響，但無法從本研究推論因社會支持的差異，而導致外籍母親的健康有變差的傾向。

#### **五、 暴露時程尚短**

國外有研究指出移民者健康隨著移民時間越久，健康就變得越差；如加拿大近期移民者的自述一般健康為差者比例隨著時間增加，移民者與本地人健康差異也增加(Newbold, 2005a)；而加拿大移民者的慢性病比例亦隨著居住年數增加而增

加(McDonald & Kennedy, 2004)。本研究樣本多屬於近期移民者，移民時間五年以下者佔九成以上，故推測在短時間內可能無法觀察到近期移民受低社經地位所影響，而導致健康狀況差於移民地本地人。

但當控制年齡、社經地位及社會支持後，外籍母親的自述一般健康及整體心理健康雖仍舊顯著優於臺籍母親，相較於未控制社經地位及社會支持前，其迴歸係數增加了；表示若外籍母親的社經地位如同臺籍母親一樣好的話，還會更加的健康。臺灣跨國婚姻家庭社會環境多半為低社經狀況，勢必對於健康造成不良的影響。且社經狀況除了直接影響健康以外，也間接透過社會支持削弱了健康狀況。外籍配偶來到臺灣時健康狀況雖然比臺灣配偶佳，但受了低社經地位，而導致她們的健康變差。

#### 六、 外籍配偶因生子，而受到妥善照顧與對待

臺灣男子多半因為在婚姻市場中不易娶到臺灣女性，故選擇到中國及東南亞地區尋找適合的女子做為終生伴侶。除了為求替家中增加無償人力以外，更重要的目的是為求傳宗接代。國內外籍配偶多半初到臺灣一年至兩年間即會產子，想必是被賦予了傳宗接代的重任。

本研究樣本皆是初生嬰兒的母親，表示本研究樣本中的外籍配偶皆有生產能力，家人因此給予更多的呵護與關愛。相較於生育不順利的外籍配偶而言，因為無法達到家中的期望，想必面臨更大的期望壓力或排擠。但本研究並無納入未生小孩的外籍配偶，有可能高估了外籍配偶與臺籍配偶健康的差異結果。

## 第二節 建議

根據研究結果與討論，本節將針對政策與未來研究方面提出建議，希望可以作為未來相關政策以及研究之參考。

### 一、政策建議

本研究結果發現外籍母親的健康狀況較佳，並非如外界對於外籍配偶的認知一般。外界多認為她們來自較落後的國家或地區，故生活水準、生活習慣以及健康都比臺籍配偶差，因而對她們產生歧視，擔心會影響下一代的健康問題。但本研究指出她們的健康狀況良好，對於下一代的健康影響以及教養問題並非來自於她們的健康，可能源自於低社會經濟地位以及較差的社會支持所影響。故政府應該試著改善人們對於外籍配偶的偏見問題，讓她們能更容易適應臺灣的社會，對於外籍配偶本身以及其小孩都會有更好的影響。

由本研究結果可了解外籍母親的健康狀況優於臺籍母親，但雖然她們的健康狀況較佳，這並不代表政府可以不需給予任何幫助，從本研究可發現外籍母親的健康受到低社經地位及低社會支持的影響導致健康變差的情況。推測可能因為生活環境的資源不足，如經濟以及社會支持，導致外籍配偶不易適應臺灣的生活，可能直接影響健康或間接因生活壓力而導致健康變差。

目前雖然政府對於外籍配偶的輔助多以生活輔導課程進行教育，然而因為種種原因外籍配偶參加率並不高，可能家庭因經濟因素不支持外，普遍跨國婚姻家庭限制她們學習的機會；又可能因社會經濟狀況不佳，外籍配偶忙著外出工作賺錢貼補家用，或是因為家人擔心她們逃跑而限制交友與學習機會。這些原因都可能限制政府的輔導課程的成效。

是故臺灣政府除了應減低臺灣跨國婚姻家庭經濟的負擔以外，另外應要設法減少人們對於外籍配偶的偏見，並鼓勵國人接納新移民族群，才能幫助外籍配偶健康的在臺灣生活，並讓新移民之子有良好的成長環境。

## 二、未來研究建議

本研究尚有未盡之處，提出幾點作為未來的研究建議，期望該領域的研究能更上一層樓：(1)驗證篩選效應(2)族群間的差異(3)健康行為的差異(3)長期追蹤調查。以下便一一詳細說明。

### (一)、 驗證篩選效應

研究結果發現外籍母親的健康優於臺籍母親，推測為篩選所導致的結果，但卻無法驗證之。未來的研究除了可以比較臺籍配偶與外籍配偶的健康差異以外，仍可增加比較外籍配偶與原生國家人民健康的差異，以了解是否真具有篩選效應。

### (二)、 族群間的差異

因研究樣本數的限制，本研究僅將外籍母親區分為中國母親以及東南亞母親。然而東南亞母親內仍可區分為許多具有不同文化背景的族群，這些族群的除了文化有差異外，移民的考量亦不相似。未來若樣本數許可的情況下，可以考慮區分多個族群來做比較，或許可以有更多的發現。

但本研究將東南亞族群細分為越南、印尼及其他，並觀察其基本人口社會特性，發現之間差異不大。其嫁來臺的女子皆年紀較輕，但丈夫年齡卻比台灣配偶的丈夫還要大，且家庭社會經濟地位不高，但自述一般健康以及心理健康卻較佳。（請見附錄六）

### (三)、 健康行為的差異

本研究樣本近九成者皆表示沒有吸菸、飲酒及嚼檳榔的行為，近七成五都表示沒有運動習慣（參考表 4-7）。故外籍母親與臺籍母親的健康行為差異不大。雖然原生國家與健康行為有達統計上顯著差異，但因為表示負面健康行為的外籍配偶人數不足，無法有效推斷是否因健康行為導致健康的差異。

然而國外有許多研究表示移民者因文化的影響導致較少不良的健康習慣，進而影響移民者與本地人的健康差異狀況(Marmot & Syme, 1976; Pérez, 2002;

Westman, et al., 2008), 本研究可能因研究樣本數不足之故, 無法有效的推估健康行為與健康間差異的關係。但相信外籍配偶的健康行為與同化效應議題仍有繼續追蹤的價值。

#### (四)、 長期追蹤調查

有國外的研究發現移民者以近期移民者健康優於移民地本地人, 但移民者的健康卻隨著移民的時間而變差, 甚至變得比移民地本地人差。本研究是橫斷性研究, 未來可以藉由長期追蹤資料來分析外籍配偶與臺灣配偶的健康差異變動狀況, 是否隨著時間而變差, 以及了解社經地位、社會支持等因素對於外籍配偶健康的影響。並增加調查客觀的健康指標如慢性病以及生命統計指標, 如此一來便可知道不同族群間健康的問題以及健康風險, 以利做更進一步的政策介入措施。

### 第三節 研究限制

本研究有以下幾點研究限制：(1)研究對象為母親(2)橫斷性研究的限制。以下便一一詳細說明之。

#### 一、 研究對象為母親

臺灣出生世代先驅調查主要以出生於 2003 年 11 月及 12 月的新生兒為抽樣對象, 研究樣本為於該期間生產之母親。然而從政府調查的數據可發現, 外籍配偶的人數佔臺灣 15-40 歲女性人口極少的比例, 約 4% 左右, 但 2003 年新臺灣之子佔新初生兒的 13<sup>0</sup>/<sub>100</sub>; 估算有偶婦女一般生育率發現, 臺籍配偶僅有 66<sup>0</sup>/<sub>100</sub>, 但外籍配偶為其 2 倍之多, 可見跨國婚姻家庭具有較高的生育率。因為外籍配偶來到臺灣被賦予傳宗接代的重任, 多數外籍配偶來臺一年左右即會生子 (王宏仁, 2001; 李慧貞等人, 2004), 所以外籍配偶生小的比例相對於臺灣配偶, 想必高很多。故若以外籍母親的狀況來推論外籍配偶, 並不會有太大的誤差。然臺灣女性因受社會變遷的影響, 教育水準提高, 工作婦女增多, 生育率下降。故若要將臺籍母親的狀況推論全臺灣女性的狀況, 需小心謹慎!

## 二、橫斷性研究的限制

本研究屬橫斷性研究。然而國外利用長期追蹤資料作分析，發現近期移民者的健康優於移民地本地人，但移民者的健康卻隨著移民時間的增加而變差，更甚者，移民者的健康差於本地人。故雖然近期移民者的健康狀況比移民地本地人佳，但好景不常，移民者的健康狀況是每況愈下。

而本研究對象為初生嬰兒的母親族群，外籍配偶來到台灣一至二年內會生第一胎，本研究對象亦多屬第一胎的母親族群，故外籍配偶來臺時間不長。本研究樣本中外籍配偶近 5 成在臺灣僅居住 2 年以下的時間，近 9 成在臺時間為 4 年以下，顯示研究對象屬近期移民族群。在短時間內可能無法觀察到近期移民受低社經地位，以及低社會支持的影響，而導致健康狀況差於移民地本地人。但就本研究結果而言，可發現外籍配偶的健康狀況如果具有和臺灣配偶相同的社會經濟以及社會支持的話，其健康會更好，顯示外籍配偶的健康已受到在臺灣的低社經地位所影響，導致削弱了健康狀況。



## 參考資料

### 一、英文部分

- Abraido-Lanza, A. F., Dohrenwend, B. P., Ng-Mak, D. S., & Turner, B. (1999). The Latino mortality paradox: a test of the "salmon bias" and healthy migrant hypotheses. *Am. J. Public Health* 89(10), 1543-1548.
- Angel, R., & Guarnacci, P. J. (1989). Mind, body, and culture: somatization among Hispanics. *Soc. Sci. Med.*, 28(12), 1229-1238.
- Angel, R., & Thoits, P. (1987). The impact of culture on the cognitive structure of illness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 11(4), 465-494.
- Berkman, L. F., & Syme, S. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *Am. J. Epidemiol.*, 109(2), 186.
- BPS (2009). *Education Indicator 1994 - 2009*: Badan Pusat Statistik Republik Indonesia (Statistics Indonesia).
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design* Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health: Lectures on concept development* Pasadena, CA, US: Behavioral Publications.
- Chen, J., Ng, E., & Wilkins, R. (1996a). The health of Canada's immigrants in 1994-95. *Health Reports*, 7(4), 33-45.
- Chen, J., Wilkins, R., & Ng, E. (1996b). Health Expectancy by Immigrant Status, 1986 and 1991. *Health Reports*, 8(3), 29-38.
- Choi, G. H. (1997). Acculturative stress, social support, and depression in Korean American families. *J Fam Soc Work*, 2(1), 81-97.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosom. Med.*, 38(5),

300-314.

Cunningham, S. A., Ruben, J. D., & Narayan, K. M. V. (2008). Health of foreign-born people in the United States: a review. *Health Place, 14*(4), 623-635.

DeNavas-Walt, C., Proctor, B. D., & Smith, J. C. (2009). *Income, poverty, and health insurance coverage in the US : 2008*.

Dey, A. N., & Lucas, J. W. (2006). Physical and mental health characteristics of U.S.- and foreign-born adults: United States, 1998-2003. *NCHS (National Center for Health Statistics) Advance Data*(369), 1-19.

Doll, R., Peto, R., Boreham, J., & Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ, 328*(7455), 1519.

Dunn, J. R., & Dyck, I. (2000). Social determinants of health in Canada's immigrant population— results from the National Population Health Survey. *Soc. Sci. Med. , 51*, 1573-1593.

Durkheim, É. (1951). *Suicide*. New York: Free press.

Ezzati, D., & Lopez, P. D. (2003). Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet, 362*(9387), 847-852.

Frisbie, W. P., Cho, Y., & Hummer, R. A. (2001). Immigration and the health of Asian and Pacific Islander adults in the United States. *Am. J. Epidemiol., 153*(4), 372-380.

Furnham, A., & Shiekh, S. (1993). Gender, generational and social support correlates of mental health in Asian immigrants. *Int. J. Soc. Psychiatr., 39*(1), 22.

Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D. A., Lynch, J. W., & Smith, G. D. (2006). Indicators of socioeconomic position (part 1). *J. Epidemiol. Community Health, 60*(1), 7-12.

House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science, 241*(4865), 540-545.



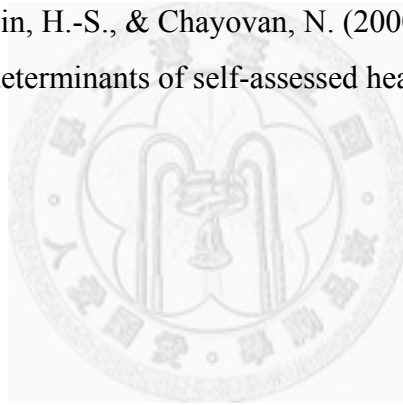
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J. Health Soc. Behav.* , 38(1), 21-37.
- Krieger, N., Williams, D. R., & Moss, N. E. (1997). Measuring social class in US public health research: concepts, methodologies, and guidelines. *Annu. Rev. Public Health* 18(1), 341-378.
- Krueger, D. E., & Moriyama, I. M. (1967). Mortality of the foreign born. *Am. J. Public Health*, 57(3), 496-503.
- Kuo, W. H., & Tsai, Y.-M. (1986). Social networking, hardiness and immigrant's mental health. *J. Health Soc. Behav.* , 133-149.
- Lahti, I. J., & Liebkind, K. (2006). Perceived discrimination, social support networks, and psychological well-being among three immigrant groups. *J. Cross-Cult. Psychol.*, 37(3), 293-311.
- Lee, J.-S., Koeske, G. F., & Sales, E. (2004). Social support buffering of acculturative stress: A study of mental health symptoms among Korean international students. *Int. J. Intercult. Relat.*, 28(5), 399-414.
- Li, F. P., & Karen, P. (1998). Cancers in Asian Americans and Pacific Islanders: Migrant Studies. *Asian American and Pacific Islander Journal of Health*, 6(2), 123-129.
- Lynch, J., & Kaplan, G. (2000). Socioeconomic position. In L. F. Berkman & I. Kawachi (Eds.), *Social epidemiology*. New York: Oxford University press.
- Macinko, J. A., Shi, L., Starfield, B., & Jr, J. T. W. (2003). Income inequality and health: a critical review of the literature. *Medecine Nucleaire*, 60(4), 407-452.
- Marmot, M. G., Adelstein, A. M., & Bulusu, L. (1984). Lessons from the study of immigrant mortality. *Lancet*, 1(8392), 1455.
- Marmot, M. G., & Syme, L. (1976). Acculturation and coronary heart disease in Japanese-Americans. *Am. J. Epidemiol.*, 104(3), 225-247.
- McDonald, J. T., & Kennedy, S. (2004). Insights into the 'healthy immigrant effect':

- health status and health service use of immigrants to Canada *Soc. Sci. Med.* , 59(8), 1613-1627.
- Newbold, K. B. (2005a). Self-rated health within the Canadian immigrant population: risk and the healthy immigrant effect. *Soc. Sci. Med.* , 60(6), 1359–1370.
- Newbold, K. B. (2005b). Health status and health care of immigrants in Canada: a longitudinal analysis. *J Health Serv Res Policy*, 10(2), 77-83.
- Pérez, C. E. (2002). Health status and health behaviour among immigrants. *Health Reports*, 13, 1-12.
- Popkin, B. M., & Udry, J. R. (1998). Adolescent obesity increases significantly in second and third generation US immigrants: the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *J. Nutr.*, 128(4), 701-706.
- Redfield, R., Linton, R., & Herskovits, M. J. (1936). Memorandum for the study of acculturation. *Am. Anthropol.*, 149-152.
- Reijneveld, S. A. (1998). Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in The Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position? *BMJ*, 52(5), 298.
- Salant, T., & Lauderdale, D. S. (2003). Measuring culture: a critical review of acculturation and health in Asian immigrant populations. *Soc. Sci. Med.* , 57(1), 71-90.
- Silveira, E. R. T., & Ebrahim, S. (1998). Social determinants of psychiatric morbidity and well-being in immigrant elders and whites in east London. *Int. J. Geriatr. Psychiatr.*, 13(11), 801-812.
- Singh, G. K., & Hiatt, R. A. (2006). Trends and disparities in socioeconomic and behavioural characteristics, life expectancy, and cause-specific mortality of native-born and foreign-born populations in the United States, 1979-2003. *Int. J. Epidemiol.*, 35(4), 903-919.
- Singh, G. K., & Miller, B. A. (2004 ). Health, Life Expectancy, and Mortality Patterns

Among Immigrant Populations in the United States. *Canadian Journal of Public Health*, 95(3), I-14

- Singh, G. K., & Siahpush, M. (2001). All-cause and cause-specific mortality of immigrants and native born in the United States. *Am. J. Public Health* 91(3), 392-399.
- Singh, G. K., & Siahpush, M. (2002). Ethnic-immigrant differentials in health behaviors, morbidity, and cause-specific mortality in the United States: an analysis of two national data bases. *Hum. Biol.*, 74(1), 83-109.
- Smith, G. D., Neaton, J. D., Wentworth, D., Stamler, R., & Stamler, J. (1996). Socioeconomic differentials in mortality risk among men screened for the Multiple Risk Factor Intervention Trial: I. White men. *Am. J. Public Health* 86(4), 486-496.
- Stenhouse, N. S., & McCall, M. G. (1970). Differential mortality from cardiovascular disease in migrants from England and Wales, Scotland and Italy, and native-born Australians. *J. Clin. Epidemiol.*, 23(5-6), 423-431.
- Travato, F. (1985). Mortality differences among Canada's indigenous and foreign-born population. *Canadian Studies in Population*, 12(1), 49-80.
- Vega, W. A., Kolody, B., & Valle, J. R. (1986). The relationship of marital status, confidant support, and depression among Mexican immigrant women. *Journal of Marriage and Family*, 597-605.
- Vega, W. A., Kolody, B., & Valle, J. R. (1987). Migration and mental health: An empirical test of depression risk factors among immigrant Mexican women. *Int. Migr. Rev.* , 512-530.
- Vega, W. A., Kolody, B., Valle, R., & Hough, R. (1986). Depressive symptoms and their correlates among immigrant Mexican women in the United States. *Soc. Sci. Med.* , 22(6), 645-652.
- Warburton, D. E. R. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. *Can. Med. Assoc. J.*, 174(6), 801-809.

- Ware, J. E., Kosinski, M., & Gandek, B. (2003). *SF-36 health survey: manual and interpretation guide*. Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated.
- Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1994). *SF-36 physical and mental health summary scales: a user's manual*. Boston, MA: Health Assessment Lab.
- Westman, J., Martelin, T., Härkänen, T., Koskinen, S., & Sundquist, K. (2008). Migration and self-rated health: a comparison between Finns living in Sweden and Finns living in Finland. *Scand. J. Public Health, 36*(7), 698-705.
- Wilkinson, R. G. (1992). Income distribution and life expectancy. *BMJ, 304*, 165-168.
- Yen, I. H., & Syme, S. L. (1999). The social environment and health: a discussion of the epidemiologic literature. *Annu. Rev. Public Health 20*(1), 287-308.
- Zimmer, Z., Natividad, J., Lin, H.-S., & Chayovan, N. (2000). A cross-national examination of the determinants of self-assessed health. *J. Health Soc. Behav. , 41*(4), 465-481.



## 二、中文部分

中華人民共和國國家統計局 (2000)。第 5 次人口普查資料一表 4 各種受教育程度人口、平均受教育年限、文盲人口。

內政部 (2007)。結婚人數按新郎新娘國籍分。台北市：行政院內政部統計處。  
<http://www.ris.gov.tw/ch4/static/st1-4.html>.

內政部 (2009a)。現住原住民人數。台北市：行政院內政部統計處。  
<http://sowf.moi.gov.tw/stat/month/m1-04.xls>.

內政部 (2009b)。內政部統計通報九十八年第四十三週(98 年 1 至 9 月嬰兒出生狀況統計)。台北市：行政院內政部統計處。  
<http://sowf.moi.gov.tw/stat/week/week9843.doc>.

內政部 (2009c)。內政部統計通報九十八年第三週內政統計通報(97 年國人結婚之外籍與大陸港澳配偶人數統計)。台北市：行政院內政部統計。  
[http://www.moi.gov.tw/stat/news\\_content.aspx?sn=1990&page=2](http://www.moi.gov.tw/stat/news_content.aspx?sn=1990&page=2).

內政部 (2009d)。97 年外籍與大陸配偶生活需求調查結果摘要分析。台北市：行政院內政部入出國及移民署。

內政部 (2010)。臺閩地區各縣市外籍與大陸配偶人數。台北市：內政部入出國及移民署。

王永慈 (2005)。外籍與大陸配偶家庭之貧窮分析。臺灣社會工作學刊，4，1-31。

王宏仁 (2001)。社會階層化下的婚姻移民與國內勞動市場：以越南新娘為例。臺灣社會研究季刊，41，99-127。

王秀紅、楊詠梅 (2002)。東南亞跨國婚姻婦女的健康。護理雜誌，49(2)，35-41。

王秀燕 (2007)。由社會支持網絡的形成累積外籍配偶社會資本。社區發展季刊，119，84-102。

王琪珍、藍忠孚、陳建仁 (1994)。台灣地區肝癌、肺癌、胃癌多重危險因子之世代研究。中華公共衛生雜誌，13(4)，30814。

行政院主計處 (2008)。壹、97 年家庭收支調查結果綜合分析: 行政院主計處。  
<http://win.dgbas.gov.tw/fies/doc/result/97/a11/Analysis.doc>

李慧貞、蘇秀娟、許芷音 (2004)。外籍新娘的健康評估—以新店市為例。護理雜誌，51(4)，88-93。

林君萍 (2005)。探討越南籍母親心理健康、社會支持、家庭環境與其幼兒困難氣質特徵之關係—以台灣籍為對照。國立成功大學。

林麗華、洪志秀 (2007)。越南籍移民婦女的生活適應、社會支持與憂鬱程度。護理雜誌，15(4)，243-254。

夏曉鵬 (1997)。女性身體的貿易—臺灣／印尼新娘貿易的階級、族群關係與性別分析。騷動，4，10-21。

夏曉鵬 (2000)。資本國際化下的國際婚姻—以台灣的“外籍新娘”現象為例。臺灣社會研究，39，45-92。

楊詠梅、王秀紅 (2003)。台灣印尼跨國婚姻婦女的生活與健康關注。護理雜誌，11(3)，167-176。

廖建彰、詹婉瑜 (2005)。東南亞籍與大陸女性配偶生活健康關注。慈濟護理雜誌，4(1)，12-16。

鄭惠玲、江東亮 (2002)。臺灣的社會資本與自評健康。臺灣公共衛生雜誌，21(4)，289-295。

黎雅如、沈佩瑩、廖玫涵、林宜平 (2006)。台灣婚姻移民的人口學特性與公共衛生需求初探。臺灣公共衛生雜誌，25(6)，428-493。

表 1-1 2001 年至 2008 年臺灣結婚登記之外籍配偶人數

年別	外籍 配偶 人數	地 區				性 別	
		中 國		東 南 亞	其 他	男	女
		大 陸	港 澳				
2001	46202	26516	281	17512	1893	3400	42802
2002	49013	28603	303	18037	2070	4366	44647
2003	54634	34685	306	17351	2292	6001	48633
2004	31310	10642	330	18103	2235	3176	28134
2005	28427	14258	361	11454	2354	3139	25288
2006	23930	13964	442	6950	2574	3214	20716
2007	24700	14721	425	6952	2602	3141	21559
2008	21729	12274	498	6009	2948	3516	18213
總數	27994 5	155663	2946	102368	18968	29953(11%)	249992(89%)

註：整理自內政部統計通報(2008)



表 2-1 國外移民者與本地人健康差異之實證研究彙整表

研究者	研究主題	資料來源	研究對象	研究方法與變項	主要研究結果
Krueger and Moriyama (1967)	Mortality of the foreign born	1958-1961年自美國國家健康統計中心(National Center for Health Statistics under the Committee on Vital and Health Statistics Monographs of the American Public Health Association)，以及WHO1960或1961年的年度流行病和生命統計報告的主要死亡統計資料。	加拿大、英國、瑞典、挪威、瑞典和義大利的移民者以及美國人。	描述性統計及雙變項分析 自變項：死亡率 依變項：原生國家 控制變項：年齡、性別	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 相較於移民後代，移民者在25-44歲的心血管腎臟的死亡率較低，但65歲以上的死亡率較高。(推測為篩選結果，但健康隨時間變差，原因不知)</li> <li>2. 控制年齡及性別後，移民者死亡率和美國人差不多：加拿大、挪威、瑞典和義大利；移民者死亡率和原國家差不多：芬蘭。(整體而言，移民者的健康會趨向於美國人)</li> <li>3. 不同國家來的移民者和美國人的健康差異不一。無法解釋是否健康受到原生國家的影響。</li> </ol>
Stenhouse and McCall (1970)	Differential mortality from cardiovascular disease in migrants from England and Wales, Scotland and Italy, and native-born Australians	澳洲人口調查和統計局1961至1966年的資料(the Commonwealth Bureau of Census and Statistics)。	澳洲人、移民至澳洲的英格蘭及威爾斯人、蘇格蘭和義大利人。40-79歲	迴歸分析。 依變項：心臟病死亡率 自變項：原生國家 控制變項：年齡、性別	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 從WHO(1963)的調查來看，心臟病死亡率：蘇格蘭&gt;澳洲&gt;英格蘭及威爾斯、義大利。</li> <li>2. 蘇格蘭移民者和澳洲人的死亡率無差異。但英格蘭和威爾斯及義大利移民者的死亡率顯著低於澳洲人。</li> <li>3. 將不同國家的移民者、澳洲人以及原鄉人做比較後發現有不同的結果。</li> <li>4. 英格蘭及威爾斯、義大利移民者到澳洲後死亡率的升高。</li> <li>5. 移民者的死亡率也隨時間增加。</li> </ol>
Marmot and Syme (1976)	Acculturation and coronary heart disease in Japanese-Americans	從1969年12月開始於舊金山8個地區的家訪。自1967年從日本組織、日本報紙以及電話簿取得名簿。	居住在舊金山六個區域的日本人，將其一文化適應區分為傳統型及西化型。訪查4480男性，回收3862份。其中2974為做醫療診斷的，另外888人為問卷施測。	多變項分析 依變項：心臟疾病 自變項：文化適應狀況 控制變項：年齡、血壓、血糖血脂、體重、吸菸、飲酒、運動。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 西化型的日本人比傳統型的日本人有較高CHD的比例。</li> <li>2. 即使控制年齡、血壓、血糖血脂、體重、吸菸行為...是一致的結果。西化型的比例較多CHD的比例。</li> <li>3. 飲食習慣是主要的影響因子。</li> </ol>



Frank Travato (1985)	Mortality differences among Canada's indigenous and foreign-born population	1951-1971年加拿大統計資料 (Statistics Canada)。	加拿大的英國、美國、土著...等本地人,以及加拿大的美國、英國歐洲和其他移民者。	描述性統計及迴歸分析。 依變項:死亡風險(死亡人數/存活人數) 自變項:原生國家 控制變項:年齡、性別	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 死亡風險低者:加拿大出生的英國人、英國移民者、美國移民者、其他歐洲移民。</li> <li>2. 死亡風險高者:其他歐洲移民。</li> <li>3. 死亡風險:英國人&gt;英國人移民者&gt;純加拿大人&gt;加拿大出生的英國人。</li> <li>4. 具有族群的特異性,結果無法外推其他族群。</li> <li>5. 建議:造成健康差異的因素多元,可做為來研究方向。</li> </ol>
Chen, Ng and Wilkins (1996)	The health of Canada's immigrants in 1994-95	1994-95年的加拿大國家人口健康調查。(National Population Health Survey, NPHS)	加拿大本籍者與歐洲(1640人)與非歐洲移民者(704人),共16291人。	量性統計、多變項分析 依變項:失能、依賴、健康照護使用、健康相關行為 自變項:原生國家 控制變項:年齡、性別、收入、教育	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 移民者的特性各不相同。非歐移民年輕、教育程度高且收入少,歐洲移民年長、教育程度低。近期移民者收入少。</li> <li>2. 移民者的慢性病狀況優於加拿大人。即使控制性別、家庭收入、教育程度,移民者的慢性病發生率都顯著低於加拿大人。</li> <li>3. 移民者較少長期失能、生活依賴、住院、看醫生的情況。</li> <li>4. 醫療不滿足比例國籍間無差異,但收入越少表示醫療不滿足比例越多。</li> <li>5. 移民者、近期移民者吸菸比例較少。吸菸在社經間無差異。</li> <li>6. 非歐移民具有運動習慣的比較多。</li> </ol>
Chen, Wilkins and Ng (1996)	Health Expectancy by Immigrant Status, 1986 and 1991	1985-1987及1990-1992的加拿大生命統計資料(Canadian Vital Statistic Data Base)。	比較加拿大本籍者、歐洲與非歐洲移民者。	描述性統計、多變項分析。 依變項:失能、依賴及平均餘命 自變項:原生國家 控制變項:年齡、性別	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 移民者的失能、依賴狀況優於加拿大人,平均餘命也較長。</li> <li>2. 死亡率比較中可發現加拿大人差於移民者,而歐洲移民者差於非歐洲移民者。</li> <li>3. 造成「健康移民效應」的原因:不健康的人較不可能移民到其他國家,或是健康檢查的篩選結果。再者,近期移民的人口比較健康。</li> <li>4. 推測文化、生活習慣是主要的影響因子。</li> </ol>
Silveira and Ebrahim (1998)	Social determinants of psychiatric morbidity and well-being in immigrant elders and whites in east London	在倫敦的Tower Hamlets的索馬利亞老人聚會場所,以滾雪球的方式取得訪問個案。而孟加拉老人及英國白人則是從當地的雙語門診得到較多的個案。	調查在倫敦東部其索馬利亞移民(72人)、孟加拉移民(75人)及白人(127人)	描述性統計、無母數統計(Mann-Whitney (M-W) and Kruskal-Wallis (K-W) tests)和斯皮曼等級相關(Spearman's rank correlation coefficient (r))、多變項分析。	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 索馬利亞的社會因子問題較多、收入少、社會支持低。</li> <li>2. 移民者的憂慮及焦慮程度高於白人;而其生活滿意程度低於白人。</li> <li>3. 當控制年齡、收入、健康以及社會因子,則移民者與英國白人的差異即消失。</li> <li>4. 社會因子是很重要的憂慮及生活滿意度差異影</li> </ol>

				依變項：憂慮及焦慮量表 (SAD)、生活滿意指標 (LSI)。 自變項：原生國家、 控制變項：社會因子 (如語言、居住環境及社會支持)、年齡、收入、生理健康狀況。	響因子。
Sijmen A Reijneveld (1998)	Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immigrants in The Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position?	荷蘭阿姆斯特丹中的社區調查	荷蘭人及移民者(來自蘇利南(南美洲國家)、荷屬安的列斯群島、土耳其、摩洛哥、其他工業國家及非工業國家)。16-64歲，共3296人。	描述性統計、邏輯斯迴歸分析。  依變項：健康狀態、生活型態、健康照護使用狀況 自變項：原生國家、社會經濟 控制變項：年齡、性別	1. 族群各有特色。尤其墨西哥人、土耳其人最弱勢。 2. 健康差異狀態：蘇利南、土耳其及墨西哥，健康狀況差於荷蘭人。其餘差異不大。 3. 健康習慣差異：移民者的健康行為皆較好，但其中以土耳其吸菸最多，其餘移民者吸菸飲酒皆較好。 4. 移民者健康較差者，健康照護使用也較多。 5. 移民者較差的健康可部分被社會經濟地位所解釋，但控制社經地位後，仍舊有顯著差異。
Abraido-Lanza, Dohrenwend, Ng-Mak and Turner (1999)	The Latino mortality paradox: a test of the "salmon bias" and healthy migrant hypotheses	1973-85年美國國家長期死亡率研究(The National Longitudinal Mortality Study, NLMS)，包含了的人口調查資料以及國家死亡指標資料(The Nation Death Index, NDI)。	拉丁裔移民人及美國出生的拉丁裔後代(波多黎各人、古巴人、拉丁美洲人，墨西哥人及中南美洲人)以及非拉丁美國白人。共319093人。	描述性統計、存活分析  依變項：死亡率 自變項：原生國家、移民或非移民 控制變項：年齡、性別、社會經濟(收入、教育)	1. 波多黎各人和古巴人因為不易回家鄉，但死亡率低，故並非是Salmon Bias。 2. 美國出生的拉丁人的死亡風險低於美國白人→推翻「Salmon Bias」和「selection effect」。 3. 拉丁裔移民死亡風險也低於歐洲移民。推測拉丁裔人的健康真的本來就比較好。 4. 拉丁裔人的健康較佳的原因為何仍有待追查。
Dunn and Dyck (2000)	Social determinants of health in Canada's immigrant population – results from the National Population Health Survey	1994-95年加拿大的國家人口健康調查資料庫(NPHS)。	20歲以上的加拿大移民者(2297人)及加拿大人(11573人)。	描述性統計、複迴歸。  依變項：自述健康、慢性病狀況、住院狀況和健康照護不滿足(unmet)狀況 自變項：基本人口學、社經特色和壓力處理特色	1. 移民者的健康狀況低於本國籍者，但較少報告健康照護不滿的問題。 2. 歐洲移民者(美國、墨西哥、澳洲)的健康差於非歐洲移民者(亞洲、南美洲、非洲)。 3. 社經地位對於移民者和本國人都一樣重要，且對於移民者相對重要。 4. 相較於本國籍人，移民者的特色是較老、集中與主要城市、多結婚、少住在核心家庭、多受僱、社會支持不佳。而非歐洲移民且移民時間短於十年者，受社經地位的影響更大，因為較年輕、多單親且小孩不到25歲、住在大家庭、多受僱、多在找工作且社會支持不佳。

Laroche (2000)	Health status and health services utilization of Canada's immigrant and non-immigrant populations	1985及1991年兩波的加拿大一般社會調查(the General Social Survey, GSS)	加拿大移民者與加拿大人	<p>描述性統計及迴歸分析。</p> <p>依變項：健康狀況（自述健康、生理健康、失能狀況）、醫療使用狀況</p> <p>自變項：原生國家</p> <p>控制變項：出生世代、年齡、性別、家庭收入、教育、母語。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 當控制其他變項後，移民者和加拿大人健康無差異。但來自中美洲、歐洲及亞洲的移民者其失能狀況仍優於加拿大人。</li> <li>2. 健康在勞力狀態、年齡、教育、吸菸、體重等有差異，但在種族上的差異較不顯著。</li> </ol>
Singh and Siahpush (2001)	All-cause and cause-specific mortality of immigrants and native born in the United States	社經地位、職業及人口學是出自1979-81美國國家長期死亡率研究資料庫(NLMS)；死亡資料是國家死亡指標資料(National Death Index, NDI)；而健康狀況及健康行為是取自1993-4年美國健康訪問調查資料(National Health Interview Survey, NHIS)。	美國人(277465人)、移民者(23727人)	<p>描述性統計、存活分析</p> <p>依變項：原因別死亡率</p> <p>自變項：原生國家</p> <p>控制變項：年齡、性別、教育、居住地區、職業及收入</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 移民者的教育水準低、收入較少。但吸菸、過重、高血壓及失能的比例較少。</li> <li>2. 當控制其他變項後，移民者的死亡風險還是顯著小於美國人。</li> <li>3. 而移民者與美國人死亡風險的差異隨著年紀縮小。</li> <li>4. 移民者普遍特定病因死亡風險皆小於美國人。</li> </ol>
Frisbie, Cho and Hummer (2001)	Immigration and the health of Asian and Pacific Islander adults in the United States	使用1992-5年美國國家健康訪問調查(NHIS)資料	從亞洲地區及太平洋島嶼地區移民(中國、菲律賓人，亞洲印第安、日本、韓國、越南、太平洋島民和其他亞洲人。共8249人)及美國人(共20800人)。25歲以上	<p>描述性統計及羅吉斯迴歸。</p> <p>依變項：自述健康、失能狀況、疾病狀況、健康照護服務獲得狀況。</p> <p>自變項：移民vs非移民、移民時間(0-4yrs、5-9yrs、10+yrs)</p> <p>控制變項：性別、年齡、婚姻狀況、生活狀況、家庭人口、教育程度和工作狀況。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 越南和其他亞洲移民的社會經濟地位較差。而來自日本、韓國以及中國者社會經濟地位佳。</li> <li>2. 日本和太平洋島民多為第二代，其他多為第一代移民。</li> <li>3. 移民者的自述健康普遍比美國白人佳，其中太平洋島民、越南及其他亞洲移民人的自述健康比美國白人差。</li> <li>4. 其他健康指標(失能、疾病及健康照護)，移民者皆優於美國白人。其中太平洋島民的失能狀況比美國白人差。</li> <li>5. 控制其他因素後，移民者和美國白人自述健康無顯著差異；而失能、疾病狀況顯著優於美國白人。但移民者的健康會隨著居住時間增加而下降。驗證了「selection effect」以及「assimilation effect」。</li> </ol>

Pérez (2002).	Health status and health behaviour among immigrants	2000年1月的加拿大社區健康調查資料 (Canadian Community Health Survey, CCHS)	加拿大人、加拿大移民	描述性統計、羅吉斯迴歸 依變項：健康狀況 自變項：移民vs. 非移民 控制變項：年齡、性別、社會經濟、健康行為	6. 當控制健康狀況後，移民者接受到適當且正式的醫療照護服務的狀況似乎比較差。 1. 移民者的健康行為較佳 (吸菸、飲酒、運動、攝食蔬菜水果) 2. 控制其他變項後，移民者的慢性病優於加拿大人，尤其以近期移民者最佳。當控制社經地位及健康行為後健康差異變大。 3. 而特定疾病，如心臟病、糖尿病及高血壓的比例顯著高於加拿大人，但當控制社經地位後，便無差異了。 4. 移民者與加拿大人的健康差異受主要受社經地位所解釋，健康行為可解釋健康差異則較少。
Singh and Siahpush (2002)	Ethnic-immigrant differentials in health behaviors, morbidity, and cause-specific mortality in the United States: an analysis of two national data bases	社經地位、職業及人口學是出自1979-89美國國家長期死亡率研究資料庫(NLMS)；死亡資料是國家死亡指標資料(NDI)；而健康狀況及健康行為是取自1993-4年美國健康訪問調查資料(NHIS)。	美國白人、黑人、西班牙裔、亞太地區 (Asians / Pacific Islanders, APIs)及印地安人。並區分為移民及美國出生者。共300874人25歲以上。	描述性統計、羅吉斯迴歸、存活分析 依變項：原因別死亡率 自變項：移民狀況及原生國家 控制變項：年齡、性別、婚姻狀況、居住地區、教育及收入	1. APIs移民普遍生活不錯，西班牙裔移民教育低、收入少。 2. 移民者吸菸、高血壓、失能以及慢性病的比例皆較少；亦比其美國出生的同鄉少。 3. 當控制其他變項後，移民者的死亡風險仍顯著小於美國白人。 4. 控制其他變項，年紀越大，移民者與美國人的死亡風險差異越小。 5. 隨著移民時間的增加，死亡風險差異也隨之縮小。 6. 推測健康行為及社會支持是主要的影響因素，而社會經濟狀況的作用不大。(但未有統計來驗證之，只是推測。)
Gordon-Larsen (2003)	Acculturation and overweight-related behaviors among Hispanic immigrants to the US: the National Longitudinal Study of Adolescent Health	1995-6年美國國家青少年健康長期研究 (National Longitudinal Study of Adolescent Health)	8613位7-12年級的青少年。分別為(美國白人，6727人、墨西哥裔人，1151人、波多黎各人，398人和古巴人，337人)	描述性統計、羅吉斯迴歸 依變項：過重 自變項：原生國家、世代 控制變項：年齡、性別、運動、飲食、吸菸、收入及教育	1. 第一代移民青少年，母親為低教育程度、收入低、住在高犯罪與人口密集地區。 2. 第一代移民青少年過重的比例高，但未達顯著差異。
Newbold and Danforth (2003)	Health status and Canada's immigrant population	1998-9年加拿大的人口健康調查資料庫 (NPHS)。	移民者(2504人)，以加拿大為對照組(11573人)。	描述性統計、迴歸分析 描述性統計、邏輯斯複迴歸。 依變項：自述健康、健康功	1. 自述健康和健康功能結果發現，移民者表示健康狀況不佳 (fair 和 poor) 的比例比本國人多，沒有出現健康移民效應。 2. 移民者隨著移民年數的增加，健康狀況越不佳。

				能指標(HCI3) 自變項：婚姻狀況、種族、社經地位、健康行為 控制變項：年齡、性別	3. 整體而言，移民者的慢性疾病狀況優於本國人；而移民者的慢性疾病狀況差於本國人的部份如關節炎、高血壓和糖尿病。 4. 將移民者與加拿大人分別做迴歸分析結果發現年齡、收入、性別和房屋擁有對健康個別的影響不一樣。
Singh and Miller (2004)	Health, Life Expectancy, and Mortality Patterns Among Immigrant Populations in the United States	1986-2000年的美國國家生命統計系統(National Vital Statistics System)以及1992-5年的國家健康訪問調查(NHIS)	美國人與移民者(黑人、APIs、中國、日本、菲律賓以及西班牙裔)	描述性統計、羅吉斯迴歸 依變項：健康結果 自變項：移民 vs. 美國人 控制變項：年齡、性別、婚姻、家庭大小、居住地、教育、工作狀況及家庭收入	1. 1986-1994 期間男性和女性移民者比美國人個多 3.4、2.5 歲的平均餘命。 2. 女性黑人移民的平均餘命低於美國人。其餘移民皆高於美國人。 3. 相較於美國人，近期移民者比非近期移民者的慢性病、失能狀況較佳 (assimilation effect)。
McDonald and Kennedy (2004)	Insights into the 'healthy immigrant effect': health status and health service use of immigrants to Canada	1996年加拿大的人口健康調查資料庫(NPHS)及2000-01年社區健康調查資料(CCHS)	加拿大人(121177人)與移民者(18754人)	描述性統計、迴歸分析 依變項：慢性病情況(嚴重、普通慢性病)、自述健康 自變項：移民 vs. 加拿大人、移民時間(year since immigration, YSM) 控制變項：性別、年齡、移民世代	1. 控制性別後，移民者的較少被診斷出有慢性病症況。且自述健康佳者比例比加拿大人少。 2. 雖然移民較少慢性病症況，但卻隨著居住時間被診斷出慢性病的情況增加了。 3. 女性移民者的慢性病症況以及自述健康，未控制移民世代前，顯著優於加拿大人，且隨居住時間增加嚴重慢性病的比例；當外加控制移民世代後，結果一致。 4. 男性移民的嚴重慢性病及自述健康，未控制移民世代前，顯著優於加拿大人，且嚴重慢性病隨移民時間變差；但當控制移民世代後發現移民者與加拿大人的健康狀況未達統計上顯著差異。 5. 3、4的結果顯示移民者與加拿大人的健康差異受移民間所影響。初期移民者比加拿大人健康。但隨著時間過去移民者的健康趨向於加拿大人。
Albin, Hjelm, Ekberg and Elmståhl (2005).	Mortality among 723948 foreign-and native-born Swedes 1970-1999	1970-99年瑞典統計資料及國家健康福利部的統計資料(Statistics Sweden and the National Board of Health and Welfare)	自1970年代即居住在瑞典的瑞典移民及本地人，互相以年齡、性別、職業和工作狀況做配對，各361974人。16歲以上	描述性統計、羅吉斯迴歸 依變項：死亡率 自變項：移民或瑞典人 控制變項：年齡、性別、職業、工作狀況	1. 相較於瑞典人，移民者的死亡率較高。除了南斯拉夫和德國移民以外，沒有顯著差異。 2. 年輕移民者死亡率較高，到了65歲以上，死亡率便小於瑞典人。
K. Bruce Newbold (2005)	Self-rated health within the Canadian immigrant	1994-95、1996-97、1998-99 和 2000-01 的加	移民者與加拿大人	描述性統計、邏輯斯複迴歸、存活分析。	1. 1994年移民者自述健康表示差者的比例比加拿大人高(10.1% vs. 9.1%)。

	population: risk and the healthy immigrant effect	拿大的國家人口健康調查資料庫(NPHS)		<p>依變項(1994、2001): 自述健康、健康改變(1994年 healthy →2001年 unhealthy)</p> <p>自變項(1994): 移民 vs. 加拿大人</p> <p>控制變項: 年齡、性別、婚姻狀況、社經地位、健康行為</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1994年將移民分為不同時期的移民世代, 發現最近代移民(Arrived 1990-4)自述健康變動最大 (poor health 3.9%→17.0%)。</li> <li>當控制其他變項後, 移民者與加拿大人健康無差異。</li> <li>整體而言, 結婚、高中畢業、有穩定收入、不吸菸、規律運動、規律飲酒、有房子者其健康狀況較好, 而國籍不是健康差異的原因。</li> <li>健康變差風險較高者: 男性、年紀大、黑人、低教育、低收入、無工作者、吸菸、不喝酒、少用醫療。(語言的使用並沒有造成健康上的差異)</li> </ol>
K. Bruce Newbold (2005)	Health status and health care of immigrants in Canada: a longitudinal analysis.	1994-95、1996-97、1998-99 和 2000-01 的加拿大的國家人口健康調查資料庫(NPHS)	<p>移民者與加拿大人</p> <p>描述性統計、邏輯斯複迴歸、存活分析。</p> <p>依變項(1994、2001): 健康狀況、慢性病、醫療使用、健康改變以及醫療使用變動情形</p> <p>自變項(1994): 移民(含不同移民世代) vs. 加拿大人</p> <p>控制變項: 年齡、性別、婚姻狀況、社經地位、健康行為</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1970年代以前主要以歐洲移民居多(79.5%), 之後則主要以亞洲移民佔大宗。</li> <li>每個世代的移民者, 自述健康差、慢性病及醫療使用比例隨著時間變差。(推測因為年紀變大)。而最近代移民者健康下降幅對最大。</li> <li>控制其他變項後, 相較於美國人, 移民者的自述健康變差風險以及醫療使用變動無差異。</li> <li>健康變差風險較高者: 移民者、男性、年紀大、黑人、低教育、低收入、無工作者、吸菸、不喝酒、少用醫療。</li> </ol>	
Dey and Lucas (2006)	Physical and mental health characteristics of U.S.- and foreign-born adults: United States	1998-2003年美國的國家健康問調查(NHIS)	<p>美國黑人、白人、亞洲人以及西班牙裔本地人(177441人)及移民者(25628人)</p> <p>描述性統計、多變項分析</p> <p>依變項: 生理健康、心理健康、失能、醫療照護使用狀況</p> <p>自變項: 種族、移民 vs. 加拿大人</p> <p>控制變項: 年齡</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>相較於美國人, 移民者較年輕、教育水準低、窮, 且比較有可能住在大家庭裡。但亞洲人的收入較高</li> <li>而西班牙裔移民比較沒有保險、醫療使用的狀況也差。</li> <li>控制年齡後, 西班牙裔移民的自述健康差於美國人, 但黑人、亞洲及白人移民皆優於美國人; 而失能、醫療使用移民者比例皆較少; 而心理健康部分, 西班牙裔移民差於美國人、而亞洲及黑人移民優於美國人。</li> <li>控制年齡後, 美國人肥胖、吸菸、高血壓及心臟病的比例較高;</li> <li>不同的種族有不同的特性。</li> </ol>	

Singh and Singh (2006)	Trends and disparities in socioeconomic and behavioural characteristics, life expectancy, and cause-specific mortality of native-born and foreign-born populations in the United States, 1979-003.	自美國1980、1990以及2000年的普查資料及1980、2003年的人口調查(Current population Survey, CPS)取得社會經濟地位及人口學變項。 自1993及2003年的美國的國家健康問調查(NHIS)取得健康狀況、健康行為資料	美國黑人、白人、亞洲人以及西班牙裔本地人及移民者	描述性統計、多變項分析  依變項：平均餘命、自述健康、生理健康、失能、醫療照護使用狀況、慢性病狀況 自變項：移民vs. 美國人 控制變項：年齡	1. 移民者經濟差、少吸菸。 2. 西班牙裔移民自述健康差於美國人，其餘差異不大。但當控制基本人口學變項以及社經地位後，西班牙裔與美國人的自述健康便無差異。 3. 黑人移民過重比例比美國人高。 4. 失能、高血壓、慢性病、醫療使用比例皆小於美國人。
Westman, Martelin, Härkänen, Koskinen and Sundquist (2008)	Migration and self-rated health: a comparison between Finns living in Sweden and Finns living in Finland	1996-2003年瑞典年度生活水準調查(Swedish Annual Level of Living Survey, SALLS)以及芬蘭國家調查「health 2000」	居住在芬蘭的芬蘭人、居住在瑞典的芬蘭人以及瑞典人	描述性統計、羅吉斯迴歸  依變項：自述健康 自變項：國籍兩居住地 控制變項：年齡、婚姻狀況、教育、受僱以及吸菸狀況	1. 瑞典的芬蘭移民者比較老、教育程度低、吸菸行為比例高。 2. 控制年齡後，瑞典的芬蘭男性移民以及芬蘭的女性有較高比例表示自述健康不佳。 3. 控制其他變項後，自述健康差：芬蘭人>瑞典的芬蘭移民>瑞典人。 4. 推測可能是吸菸因素。未有統計驗證。

表 2-2 臺灣外籍配偶健康相關文獻彙整表

研究者	研究主題	出處	資料來源	研究對象	研究方法	主要研究結果
王秀紅、楊詠梅 (2002)	東南亞跨國婚姻婦女的健康	護理雜誌	---	臺灣外籍配偶	文獻探討	本文從跨國婚姻的社會現象、外籍新娘的意涵、跨國婚婦女健康相關研究(包括：移民適應與壓力、經濟困境與健康、語言困難與健康以及特殊健康議題)、臺灣跨國婚姻婦女之研究以及護理的觀點與措施等，來探討東南亞跨國婚姻婦女的健康
楊詠梅、王秀紅 (2003)	台灣印尼跨國婚姻婦女的生活與健康關注	護理雜誌	以便利取樣的方式自高雄旗津醫院以及仁武鄉健康中心取得個案	15 位印尼籍婦女	質性研究的深度訪談配合參與者觀察法以收集資料	研究結果發現這些移民的印尼籍婦女其生活與健康關注可歸類出四個主題，包括移民適應、溝通困難、家族延續以及健康照顧系統利用的障礙。
李慧貞、蘇秀娟、許芷音 (2004)	外籍新娘的健康評估—以新店市為例	護理雜誌	1989 年 1-12 月新店市戶政事務所之結婚登記資料。	新店市 42 個外籍家庭	文獻探討 質性研究	1. 自覺身體健康良好。 2. 嘗試錯誤及老人家的經驗為主要知識的來源。 3. 社會輿論讓他們產生被不信任的壓力。 4. 語言的限制及文化差異，導致無法用中文表達心理的感受。
廖建彰、詹婉瑜 (2005)	東南亞籍與大陸女性配偶生活健康關注	慈濟護理雜誌	---	外籍配偶	文獻探討	尤其是外籍新娘反應臺灣社會持續增加的健康負擔，包括外籍新娘家庭的健康照護和子女教育問題。尤其是外籍新娘的遺傳性疾病值得我們去探討，如乙型海洋性貧血及血色素 E 症。
林君萍 (2005)	探討越南籍母親心理健康、社會支持、家庭環境與其幼兒困難氣質特徵之關係-以台灣籍為對照	國立成功大學護理學系碩論	高雄縣阿蓮鄉高雄縣以滾雪球方式取得研究樣本	育有 1-3 歲幼兒之越南母親 (55 人) 及臺灣母親 (50 人)	描述性統計、雙變項分析 依變項：心理健康、社會支持 自變項：越南 vs. 臺灣 控制變項：年齡、居住地區及社會經濟狀況	控制年齡和家庭社經地位後，越南配偶的心理健康及社會支持顯著低於本國籍配偶
林麗華、洪志秀 (2007)	越南籍移民婦女的生活適應、社會支持與憂鬱程度	護理雜誌	高雄縣美濃鎮 2005-6 年由高雄縣戶政事務所取得資料。	143 位高雄縣美濃鎮越南籍婦女	皮爾森相關和變異數分析 依變項：憂慮 自變項：社會支持、生活適應 自變項：來臺時間、結婚時間、丈夫年齡	1. 研究結果發現，越南籍婦女的社會支持與來臺時間、結婚時間和丈夫年齡呈現統計相關。 2. 而且婦女的社會支持因常用語言的不同、與丈夫認識方式以及同住家庭成員的不同而呈現顯著差異。 3. 98% 表示最低度憂鬱，而家庭社經越佳越不憂鬱。 4. 生活適應也因家庭收入不同而呈顯著差異。 5. 越南籍婦女社會支持與生活適應呈顯著正相關；社會支持與憂鬱呈顯著負相關；生活適應與憂鬱呈顯著負相關。



表 4-1 原生國家分布狀況

原生國家	人數	百分比
臺灣	1528	86.5
中國	100	5.7
東南亞	139	7.9
越南	96	5.4
印尼	32	1.8
柬埔寨	5	0.3
馬來西亞	1	0.1
緬甸	2	0.1
泰國	3	0.2
總計	1767	100



表 4-2 年齡分佈狀況，按原生國家

變項	原生國家分布狀況(%)						F	P 值		
	總計		臺灣		中國				東南亞	
	Mean	(SD)	Mean	(SD)	Mean	(SD)			Mean	(SD)
<b>年齡</b>										
自身年齡	29.96	(4.89)	30.38	(4.84)	29.06	(4.04)	25.93	(3.92)	56.49	0.000
丈夫年齡	36.44	(11.84)	36.13	(12.28)	37.81	(7.34)	38.95	(8.82)	4.19	0.015
夫妻年齡差距(男-女)	6.48	(12.00)	5.74	(12.30)	8.75	(7.23)	13.01	(8.89)	25.17	0.000

表 4-3 基本人口學分佈狀況，按原生國家

變項	原生國家分布狀況(%)						$\chi^2$	P 值		
	總計		臺灣		中國				東南亞	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)			n	(%)
<b>年齡</b>										
<b>自身年齡</b>										
24 歲以下	252	(14.8)	183	(12.4)	12	(12.8)	57	(42.2)	129.31	0.000
25 至 29 歲	549	(34.2)	449	(30.5)	44	(46.8)	56	(41.5)		
30 至 34 歲	584	(32.2)	539	(36.6)	28	(29.8)	17	(12.6)		
35 歲以上	318	(18.7)	303	(20.6)	10	(10.6)	5	(3.7)		
<b>丈夫年齡</b>										
29 歲以下	315	(18.5)	297	(20.1)	6	(6.4)	12	(8.9)	85.36	0.000
30 至 34 歲	578	(33.9)	524	(35.5)	28	(29.8)	26	(19.3)		
35 至 39 歲	488	(28.7)	419	(28.4)	31	(33.0)	38	(28.1)		
40 歲以上	322	(18.9)	234	(15.9)	29	(30.9)	59	(43.7)		
<b>居住地區</b>										
都市、城市	887	(50.3)	791	(51.8)	50	(50.0)	46	(33.3)	22.071	0.000
鎮、鄉的街上	362	(20.5)	314	(20.6)	15	(15.0)	33	(23.9)		
鄉村、農村	515	(29.2)	421	(27.6)	35	(35.0)	59	(42.8)		
<b>出生胎次</b>										
一胎	1680	(98.6)	1454	(98.6)	93	(98.9)	133	(98.5)	0.186	0.893 <sup>a</sup>
一胎以上	23	(1.4)	20	(1.4)	1	(1.1)	2	(1.5)		

註：<sup>a</sup> Fisher's Exact Test

表 4-4 社會經濟地位分佈狀況，按原生國家

變項	總計	原生國家分布狀況(%)			$\chi^2$	P 值
		臺灣	中國	東南亞		
		n (%)	n (%)	n (%)		
<b>社會經濟地位</b>						
自身教育水準						
國中以下	296 (16.8)	134 (8.8)	61 (61.0)	101 (73.2)	541.035	0.000
高中(職)	752 (42.6)	687 (45.0)	33 (33.0)	32 (23.2)		
大學(專)以上	717 (40.6)	706 (46.2)	6 (6.0)	5 (3.6)		
丈夫教育水準						
國中以下	300 (17.2)	194 (12.8)	33 (33.3)	73 (52.9)	215.87	0.000
高中(職)	699 (40.0)	588 (38.9)	52 (52.5)	59 (42.8)		
大學(專)以上	749 (42.8)	729 (48.2)	14 (14.1)	6 (4.3)		
丈夫職業						
第一階—管理及專業	565 (33.4)	536 (36.5)	12 (13.3)	17 (13.1)	97.174	0.000
第二階—白領	495 (29.3)	449 (30.5)	25 (27.8)	21 (16.2)		
第三階—藍領	630 (37.3)	485 (33.0)	53 (58.9)	92 (70.8)		
家庭年收入						
40 萬元以下	374 (21.2)	262 (17.2)	46 (46.0)	66 (47.8)	170.39	0.000
40~59 萬元	374 (21.2)	300 (19.7)	29 (29.0)	45 (32.6)		
60~99 萬元	599 (34.0)	522 (36.2)	20 (20.0)	27 (19.6)		
100 萬元以上	415 (23.6)	410 (26.9)	5 (5.0)	0 (0.0)		

表 4-5 社會支持分佈狀況，按原生國家

變項	原生國家分布狀況(%)						$\chi^2$	P 值		
	總計		臺灣		中國				東南亞	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)			n	(%)
<b>社會支持</b>										
家庭社會支持										
低	174	(9.9)	155	(10.2)	11	(11.0)	8	(5.9)	3.076	0.545
中	563	(32.0)	486	(31.8)	34	(34.0)	43	(31.9)		
高	1025	(58.2)	886	(58.0)	55	(55.0)	84	(62.2)		
	Mean	(SD)	Mean	(SD)	Mean	(SD)	Mean	(SD)	F 值	P 值
家庭社會支持(5-15)	12.47	(2.73)	12.44	(2.75)	12.32	(2.92)	12.83	(2.45)	1.398	0.247



表 4-6 健康行為分佈狀況，按原生國家

變項	總計	原生國家分布狀況(%)			$\chi^2$	P 值
		臺灣	中國	東南亞		
		n (%)	n (%)	n (%)		
<b>健康行為</b>						
<b>吸菸</b>						
沒有	1664 (94.2)	1426 (93.3)	99 (99.9)	139 (100.0)	14.846	0.001
有	103 (5.8)	102 (6.7)	1 (0.1)	0 (0.0)		
<b>飲酒</b>						
沒有	1549 (87.7)	1325 (86.8)	93 (93.0)	131 (94.2)	9.352	0.009
有	217 (12.3)	202 (13.2)	7 (7.0)	8 (5.8)		
<b>嚼檳榔</b>						
沒有	1756 (99.4)	1517 (99.3)	100 (100.0)	139 (100.0)	0.308	0.797 <sup>a</sup>
有	11 (0.6)	11 (0.7)	0 (0.0)	0 (0.0)		
<b>運動</b>						
沒有	1291 (73.2)	1108 (72.6)	75 (75.0)	108 (78.3)	12.504	0.014
有，每週未達三次	186 (10.5)	176 (11.5)	5 (5.0)	5 (3.6)		
有，每週三次以上	287 (16.3)	242 (15.9)	20 (20.0)	25 (18.1)		

註：<sup>a</sup> Fisher's Exact Test

表 4-7 社會支持分布狀況，按社會經濟地位

變項	家庭社會支持			
	mean (SD)	F 值	P 值	Scheffe 事後比較
<b>社會經濟地位</b>				
自身教育水準				
國中以下	12.18 (2.94)	16.392	0.000	(大學(專)以上>國中以下、高中(職))
高中(職)	12.14 (2.85)			
大學(專)以上	12.91 (2.45)			
丈夫教育水準				
國中以下	11.84 (2.93)	27.101	0.000	(大學(專)以上>國中以下、高中(職))
高中(職)	12.18 (2.82)			
大學(專)以上	13.00 (2.46)			
丈夫職業				
第一階—管理及專業	12.82 (2.59)	6.906	0.001	(管理及專業>藍領)
第二階—白領	12.42 (2.68)			
第三階—藍領	12.24 (2.82)			
家庭年收入				
40萬元以下	11.70 (3.00)	22.180	0.000	(100萬元以上>40~59萬及60~99萬>40萬元以下)
40~59萬元	12.25 (2.85)			
60~99萬元	12.53 (2.61)			
100萬元以上	13.23 (2.32)			

表 4-8 健康分布狀況，按原生國家

變項	總計	原生國家分布狀況(%)			$\chi^2$	P 值
		臺灣	中國	東南亞		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
<b>健康狀況</b>						
自述一般健康						
好	1320 (74.7)	1113 (72.9)	85 (85.0)	122 (87.8)	22.925	0.000 <sup>a</sup>
普通	413 (23.4)	383 (25.1)	15 (15.0)	15 (10.8)		
不好	34 (1.9)	32 (2.1)	0 (0.0)	2 (1.4)		
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	F 值	P 值(Scheffe 事後比較)
生理健康	53.50 (7.29)	53.44 (7.42)	54.33 (5.93)	53.46 (6.61)	0.701	0.496
心理健康	46.31 (8.96)	45.55 (8.74)	49.98 (8.99)	51.93 (8.70)	43.00	0.000(臺<中，臺<東)

註：<sup>a</sup> Fisher's Exact Test

表 4-9 自述一般健康分布狀況，按基本人口學特性

變項	自述一般健康分佈狀況(%)			$\chi^2$	P 值
	好	普通	不好		
	n (%)	n (%)	n (%)		
<b>年齡</b>					
<b>自身年齡</b>					
24 歲以下	192 (76.2)	55 (21.8)	5 (2.0)	5.107	0.530
25 至 29 歲	425 (77.4)	115 (20.9)	9 (1.6)		
30 至 34 歲	424 (72.6)	147 (25.2)	13 (2.2)		
35 歲以上	234 (73.6)	80 (25.2)	4 (1.3)		
<b>丈夫年齡</b>					
29 歲以下	240 (76.2)	71 (22.5)	4 (1.3)	3.990	0.678
30 至 34 歲	437 (75.6)	129 (22.3)	12 (2.1)		
35 至 39 歲	368 (75.4)	110 (22.5)	10 (2.1)		
40 歲以上	230 (71.4)	87 (27.0)	5 (1.6)		
<b>居住地區</b>					
都市、城市	663 (74.7)	206 (23.2)	18 (2.0)	1.228	0.874
鎮、鄉的街上	276 (76.2)	79 (21.8)	7 (1.9)		
鄉村、農村	378 (73.4)	128 (24.9)	9 (1.7)		
<b>胎次</b>					
一胎	1260 (75.0)	389 (23.2)	31 (1.8)	2.030	0.362
一胎以上	15 (65.2)	8 (34.8)	0 (0.00)		



表 4-10 自述一般健康分布狀況，按社會經濟地位

變項	自述一般健康分布狀況(%)			$\chi^2$	P 值
	好	普通	不好		
	n (%)	n (%)	n (%)		
<b>社會經濟地位</b>					
自身教育水準					
國中以下	229 (77.4)	62 (20.9)	5 (1.7)	6.765	0.149
高中(職)	539 (71.7)	198 (26.3)	15 (2.0)		
大學(專)以上	551 (76.8)	152 (21.2)	14 (2.0)		
丈夫教育水準					
國中以下	211 (70.3)	82 (27.3)	7 (2.3)	4.409	0.354
高中(職)	525 (75.1)	160 (22.9)	14 (2.0)		
大學(專)以上	572 (76.4)	165 (22.0)	12 (1.6)		
丈夫職業					
管理與專業	440 (77.9)	115 (20.4)	10 (1.8)	10.779	0.029
白領	356 (71.9)	123 (24.8)	16 (3.2)		
藍領	469 (74.4)	154 (24.4)	7 (1.1)		
家庭年收入					
40 萬元以下	265 (70.9)	97 (25.9)	12 (3.2)	7.114	0.310
40~59 萬元	285 (76.2)	83 (22.2)	6 (1.6)		
60~99 萬元	451 (75.3)	140 (23.4)	8 (1.3)		
100 萬元以上	316 (76.1)	91 (21.9)	8 (1.9)		

表 4-11 自述一般健康分布狀況，按社會支持

變項	自述一般健康分布狀況(%)			$\chi^2$	P 值
	好	普通	不好		
	n (%)	n (%)	n (%)		
<b>社會支持</b>					
家庭社會支持					
低	92 (52.9)	71 (40.8)	11 (6.3)	61.460	0.000
中	415 (73.7)	139 (24.7)	9 (1.6)		
高	808 (78.8)	203 (19.8)	14 (1.4)		
	mean (SD)	mean (SD)	mean (SD)	F	P 值(Scheffe 事後比較)
家庭社會支持(5-15)	12.75 (2.55)	11.69 (3.05)	11.46 (3.32)	29.096	0.000(好>普通、不好)



表 4-12 生理健康、心理健康分布狀況，按基本人口學特性

變項	生理健康				心理健康			
	N	Mean	SD	P	N	Mean	SD	P
<b>年齡</b>								
自身年齡								
24 歲以下	251	53.24	7.35	0.534	251	46.80	9.28	0.689
25 至 29 歲	546	53.92	6.84		546	46.01	9.02	
30 至 34 歲	583	53.45	7.65		583	46.35	8.95	
35 歲以上	317	53.35	7.26		317	46.14	8.43	
丈夫年齡								
29 歲以下	313	53.60	6.91	0.042	313	46.07	8.98	0.918
30 至 34 歲	576	54.20	6.86	(30 至 40 歲	576	46.18	8.74	
35 至 39 歲	487	53.07	7.91	>35 至 39 歲	487	46.35	8.98	
40 歲以上	321	53.07	7.30	、40 歲以上)	321	46.52	9.14	
<b>居住地區</b>								
都市、城市	885	53.66	7.16	0.374	885	46.30	8.88	0.995
鎮、鄉的街上	360	53.63	7.53		360	46.27	8.77	
鄉村、農村	512	53.12	7.29		512	46.33	9.25	
<b>出生胎次</b>								
一胎	1675	53.59	7.27	0.102	1675	46.27	8.93	0.972 <sup>a</sup>
一胎以上	22	51.03	8.10	22	46.34	8.24		

註：<sup>a</sup> 獨立樣本 t 檢定

表 4-13 生理健康、心理健康分布狀況，按社會經濟地位

變項	生理健康				心理健康			
	N	Mean	SD	P	N	Mean	SD	P
<b>社會經濟地位</b>								
自身教育水準								
國中以下	295	53.39	7.12	0.292	295	48.20	9.98	0.000 (國中以下 > 高中(職)、大學 (專))
高中(職)	748	53.22	7.61		748	46.19	9.02	
大學(專)以上	715	53.81	6.99		715	45.61	8.32	
丈夫教育水準								
國中以下	299	52.94	7.69	0.187	299	46.94	9.88	0.317
高中(職)	695	53.32	7.37	695	46.41	9.06		
大學(專)以上	747	53.79	7.06	747	46.03	8.41		
丈夫職業								
管理與專業	564	53.70	7.26	0.640	564	46.50	8.94	0.003 (白領 < 藍領)
白領	493	53.54	7.64		493	45.22	8.63	
藍領	626	53.31	7.02		626	47.02	9.20	
家庭年收入								
40 萬元以下	370	52.97	7.70	0.107	370	46.43	9.68	0.818
40~59 萬元	373	53.02	7.58		373	46.52	8.79	
60~99 萬元	598	53.93	6.84		598	46.04	8.85	
100 萬元以上	414	53.72	7.22		414	46.47	8.57	

表 4-14 生理健康、心理健康分布狀況，按社會支持

變項	生理健康				心理健康			
	N	Mean	SD	P	N	Mean	SD	P
<b>社會支持</b>								
家庭社會支持								
低	173	51.02	9.17	0.000	173	38.67	9.49	0.000
中	561	53.44	7.60	(高、中>	561	44.14	8.20	(高>中>
高	1021	53.97	6.61	低)	1021	48.74	8.21	低)
		相關係數 r		P		相關係數 r		P
家庭社會支持(5-15)		0.091		0.000		0.387		0.000

註：<sup>a</sup> 獨立樣本 t 檢定

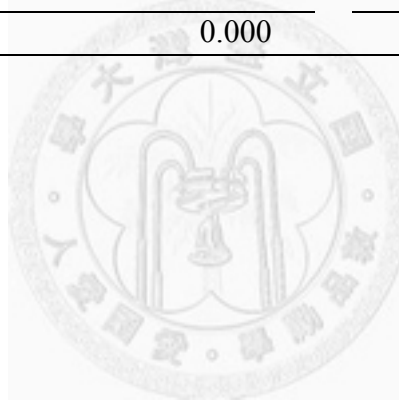


表 4-15 自述一般健康（好）的羅吉斯迴歸分析

變項	Model 1				Model 2				Model 3			
	OR	P	95%信賴區間		OR	P	95%信賴區間		OR	P	95%信賴區間	
			下限	上限			下限	上限			下限	上限
<b>截距</b>	3.90	0.000			3.84	0.002			0.98	0.961		
<b>自身年齡</b>	0.99	0.343	0.97	1.01	0.97	0.031	0.95	1.00	0.97	0.021	0.95	1.00
<b>原生國家</b> （參考值：臺灣）												
中國	1.99	0.025	1.09	3.64	2.54	0.003	1.37	4.72	2.43	0.005	1.30	4.55
東南亞	2.14	0.006	1.25	3.66	2.90	0.000	1.66	5.09	2.45	0.002	1.39	4.32
<b>社會經濟地位</b>												
<b>丈夫教育程度</b> （參考值：國中）												
高中(職)					1.56	0.010	1.11	2.18	1.50	0.021	1.06	2.11
大學(專)以上					1.73	0.005	1.18	2.52	1.55	0.026	1.05	2.27
<b>丈夫職業</b> （參考值：專業）												
白領					0.74	0.042	0.55	0.99	0.75	0.052	0.56	1.00
藍領					0.79	0.135	0.58	1.08	0.78	0.129	0.57	1.07
<b>家庭年收入</b> （參考值：40 萬元以下）												
40~59 萬元					1.42	0.063	0.98	2.05	1.30	0.175	0.89	1.88
60~99 萬元					1.32	0.112	0.94	1.86	1.17	0.374	0.83	1.66
100 萬元以上					1.37	0.130	0.91	2.07	1.13	0.558	0.74	1.73
<b>社會支持</b>												
家庭社會支持									1.14	0.000	1.10	1.19

表 4-16 心理健康的複迴歸分析

變項	Model 1			Model 2			Model 3		
	B	SE	P	B	SE	P	B	SE	P
<b>截距</b>	43.24	1.43	0.000	43.48	1.65	0.000	29.57	1.72	0.000
<b>自身年齡</b>	0.07	0.05	0.108	0.03	0.05	0.561	0.01	0.05	0.764
<b>原生國家 (參考值：臺灣)</b>									
中國	4.74	0.98	0.000	5.24	1.00	0.000	4.62	0.92	0.000
東南亞	6.79	0.85	0.000	7.28	0.89	0.000	5.64	0.83	0.000
<b>社會經濟地位</b>									
<b>丈夫教育程度 (參考值：國中)</b>									
高中(職)				0.65	0.66	0.330	0.20	0.61	0.744
大學(專)以上				0.66	0.75	0.379	-0.51	0.69	0.461
<b>丈夫職業 (參考值：專業)</b>									
白領				-1.19	0.56	0.033	-0.98	0.51	0.057
藍領				-0.16	0.59	0.783	-0.17	0.54	0.750
<b>家庭年收入 (參考值：40 萬元以下)</b>									
40~59 萬元				0.76	0.71	0.282	-0.02	0.65	0.980
60~99 萬元				0.93	0.68	0.167	-0.17	0.63	0.788
100 萬元以上				1.75	0.80	0.029	-0.01	0.75	0.985
<b>社會支持</b>									
家庭社會支持							1.29	0.08	0.000

表 4-17 社會支持的複迴歸分析

變項	家庭社會支持 (5-15 分)		
	B	SE	P
截距	11.14	0.25	0.000
原生國家			
臺灣	0.00		
中國	0.44	0.29	0.134
東南亞	1.16	0.26	0.000
社會經濟地位			
丈夫教育程度			
國中以下	0.00		
高中(職)	0.33	0.20	0.093
大學(專)以上	0.89	0.22	0.000
丈夫職業			
管理及專業	0.00		
白領	-0.12	0.17	0.479
藍領	0.04	0.17	0.799
家庭年收入			
40 萬元以下	0.00		
40~59 萬元	0.56	0.21	0.007
60~99 萬元	0.81	0.20	0.000
100 萬元以上	1.37	0.23	0.000





## 附錄一 臺灣地區嬰幼兒健康照護需求調查嬰兒母親自覺健康狀態自填問卷

1. 一般來說，您認為您目前的健康狀況是：

- 1 極好的  
2 很好  
3 好  
4 普通  
5 不好

2. 和一年前比較，您認為您目前的健康狀況是？

- 1 比一年前好很多  
2 比一年前好一些  
3 和一年前差不多  
4 比一年前差一些  
5 比一年前差很多

3. 下面是一些您日常可能從事的活動，請問您目前健康狀況會不會限制您從事這些活動？如果會，到底限制有多少？

活 動	會， 受到很多限制	會， 受到一些限制	不會， 完全不受限制
a. 費力活動，例如跑步、提重物、參與劇烈運動	1	2	3
b. 中等程度活動，例如搬桌子、拖地板、打保齡球、或打太極拳	1	2	3
c. 提起或攜帶食品雜貨	1	2	3
d. 爬數層樓樓梯	1	2	3
e. 爬一層樓樓梯	1	2	3
f. 彎腰、跪下或蹲下	1	2	3
g. 走路超過 1 公里	1	2	3
h. 走過數個街口	1	2	3
i. 走過一個街口	1	2	3
j. 自己洗澡或穿衣	1	2	3

4. 在過去一個月內，您是否曾因為身體健康問題，而在工作上或其它日常活動方面有下列任何的問題？

	是	否
a. 做工作或其它活動的 <u>時間減少</u>	1	2
b. 完成的工作量比您想要 <u>完成的較少</u>	1	2
c. 可以做的工作或其它活動的 <u>種類受到限制</u>	1	2
d. 做工作或其它活動有 <u>困難</u> (例如，須更吃力)	1	2

5. 在過去一個月內，您是否曾因為情緒問題(例如，感覺沮喪或焦慮)，而在工作上或其它日常活動方面有下列的問題？

	是	否
a. 做工作或其它活動的 <u>時間減少</u>	1	2
b. 完成的工作量比您想要 <u>完成的較少</u>	1	2
c. 做工作或其它活動時不如以往 <u>小心</u>	1	2

6. 在過去一個月內，您的身體健康或情緒問題，對您與家人或朋友、鄰居、社團間的平常活動的妨礙程度如何？

- 1 完全沒有妨礙
- 2 有一點妨礙
- 3 中度妨礙
- 4 相當多妨礙
- 5 妨礙到極點



7. 在過去一個月內，您身體疼痛程度有多嚴重？

- 1 完全不痛
- 2 非常輕微的痛
- 3 輕微的痛
- 4 中度的痛
- 5 嚴重的痛
- 6 非常嚴重的痛

8. 在過去一個月內，身體疼痛對您的日常工作(包括上班及家務)妨礙程度如何？

- 1 完全沒有妨礙
- 2 有一點妨礙
- 3 中度妨礙
- 4 相當多妨礙
- 5 妨礙到極點

9. 下列各項問題是關於過去一個月內您的感覺及您對周遭生活的感受，請針對每一問題選一最接近您感覺的答案。在過去一個月中有多少時候.....

在 <u>過去一個月</u> 中有多少時候：	一直都是	大部分時間	經常	有時	很少	從不
a. 您覺得充滿活力？	1	2	3	4	5	6
b. 您是一個非常緊張的人？	1	2	3	4	5	6
c. 您覺得非常沮喪，沒有任何事情可以讓您高興起來？	1	2	3	4	5	6
d. 您覺得心情平靜？	1	2	3	4	5	6
e. 您精力充沛？	1	2	3	4	5	6
f. 您覺得悶悶不樂和憂鬱？	1	2	3	4	5	6
g. 您覺得筋疲力竭？	1	2	3	4	5	6
h. 您是一個快樂的人？	1	2	3	4	5	6
i. 您覺得累？	1	2	3	4	5	6

10. 在過去一個月內，您的身體健康或情緒問題有多少時候會妨礙您的社交活動(如拜訪親友等)？

- 1 一直都會
- 2 大部分時間會
- 3 有時候會
- 4 很少會
- 5 從不會

11. 下列各個陳述對您來說有多正確？

	完全正確	大部分正確	不知道	大部分不正確	完全不正確
a. 我好像比別人較容易生病	1	2	3	4	5
和任何一個我認識的人來比，我和他們一樣健康。	1	2	3	4	5
c. 我想我的健康會越來越壞	1	2	3	4	5
d. 我的健康狀況好得很	1	2	3	4	5

## 附錄二 本研究採用的臺灣出生世代前驅調查主問卷題目

### 一、嬰兒父母親基本資料

(一)、 您的最高學歷是什麼？

未受正規教育	小學年級	初中(職)	高中(職)	大學 (二三專、 二四技)	研究所 及以上	不詳
不識字	識字	一二三四五六	一二三	一二三	一二三四	
00	90	010203040506	070809	101112	13141516	17 99
		初等科 (日制)	高等科 (日制)	一二三 (五專)	四五	
91. 空中大學肄業						
92. 空中行專肄業						
【請圈出上表之教育程度，並將對應之教育年數填入右欄】教育程度代號：_						

(二)、 那您先生【即小孩的父親】的最高學歷是什麼？教育程度代號：

(三)、 您的籍貫是：

1 本省閩南人

4 原住民：\_\_\_\_\_族

2 本省客家人

5 金門、馬祖

3 大陸省份(外省人)

6 其它(請列出)：\_\_\_\_\_國

(四)、 那您先生的籍貫是？\_\_\_\_\_

## 二、嬰兒父母親生活型態與工作壓力

(一)、請問您在懷孕前、懷孕期間及產後到現在有沒有喝酒?

【若有】每週有沒有喝三次以上?

(二)、請問您在懷孕前、懷孕期間及產後到現在有沒有吃檳榔?

【若有】有沒有每天吃?

(三)、請問您在懷孕前、懷孕期間及產後到現在有沒有做運動?

【若有】每週有沒有三次以上?

	I3.您有沒有喝酒?		I3a.每週有沒有喝三次以上?		I4.您有沒有吃檳榔?		I4a.有沒有每天吃?		I5.您有沒有運動?		I5a.每週有沒有三次以上?	
			0 沒有	1 有	0 沒有	1 有	0 沒有	1 有	0 沒有	1 有	0 沒有	1 有
			→ 有				→ 有				→ 有	
產後到現在			0	1	0	1	0	1	0	1	0	1

(四)、您先生目前有沒有在工作?

1 有工作

I17a. 您目前主要是在做什麼工作(指公司、機關或事業的性質)?  
行業: \_\_\_\_\_

2 沒有工作

I17b. 職業(請詳細記錄具體職位):  
\_\_\_\_\_

(五)、請問你們夫妻倆人一年平均的收入大約是:

1 10 萬元以下

5 100~149 萬元

2 10~39 萬元

6 150~249 萬元

3 40~59 萬元

7 250~299 萬元

4 60~99 萬元

8 300 萬元或以上

### 三、社會環境

(一)、接下來，我會問到一些您和您家人相處的情形，請您就實際情況來回答

【「家人」是指與您住在一起的家人】。

	幾乎 很少	有時 這樣	經常 這樣
1. 當您遭遇困難時，可以從家人得到滿意的幫助。	1	2	3
2. 您很滿意家人與我討論各種事情，以及分擔問題的方式。	1	2	3
3. 當您希望從事新的活動或發展時，家人都能接受且給予支持。	1	2	3
4. 您很滿意家人對您表達情感的方式，以及對您的情緒(如憤怒、悲傷、愛)的反應。	1	2	3
5. 您很滿意家人與您共度時光的方式。	1	2	3

### 四、外籍及大陸配偶涵化

(一)、請問您來自什麼國家？\_\_\_\_\_。



### 附錄三 SF-36 之構面分類

構面	SF-36 題目	平均分數	
		低	高
生理功能 Physical Functioning, PF	3a~3j	執行所有生理活動時有許多限制，包括洗澡或穿衣。	執行所有種類的生理活動時，包括最費力活動的也沒有限制。
因生理問題角色受限 Role-Physical, RP	4a~4d	在工作或其他日常活動中有因生理健康而導致的問題	在工作或其他日常活動中沒有因為生理健康所導致的問題。
身體疼痛 Bodily Pain, BP	7、8	非常嚴重和無限制的疼痛	沒有疼痛或因疼痛導致的問題。
一般健康 General Health, GH	1、11a~11d	評估個人健康為不好，且相信會更糟	評估個人健康為非常好。
活力狀況 Vitality, VT	9a、9c、9g、9i	時常感覺疲憊與精疲力盡。	時常感覺有活力和精力。
社會功能 Social Functioning, SF	6、10	因生理或情緒問題極端且頻繁的妨礙正常社交活動。	可執行正常社教活動，且沒有因生理或情緒問題所妨礙。
因情緒問題角色受限 Role-Emotional, RE	5a~5c	在工作或其他日常活動中有因情緒導致的問題。	在工作或其他日常活動中沒有因情緒所導致的問題。
心理健康 Mental Health, MH	9b、9c、9d、9f、9h	時常覺得神經質和憂鬱。	時常覺得平和、快樂、和寧靜。

註：參考 Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1994)。

#### 附錄四 受訪狀況，按原生國家

受訪狀況	總計		原生國家分布狀況(%)			$\chi^2$	P 值
			臺灣	中國	東南亞		
	n	(%)	n (%)	n (%)	n (%)		
<b>訪問過程中，是不是有其他人在場？</b>							
有，大部分時間都在場	982	(55.70)	805 (52.82)	65 (65.00)	112 (80.58)	52.4	0.000
有，約有一半的時間在場	85	(4.82)	73 (4.79)	4 (4.00)	8 (5.76)		
有，偶而在場	254	(14.41)	227 (14.90)	14 (14.00)	13 (9.35)		
沒有他人在場	442	(25.07)	419 (27.49)	17 (17.00)	6 (4.32)		
<b>在場的其他人是不是有影響受訪者作答的情形？</b>							
有幫受訪者回答或改正答案	210	(15.90)	118 (10.68)	22 (26.51)	70 (52.63)	177.0	0.000
在旁注意聽，但沒有加入回答	169	(12.79)	137 (12.40)	19 (22.89)	13 (9.77)		
沒有影響	844	(63.89)	763 (69.05)	36 (43.37)	45 (33.83)		
又造成干擾	98	(7.42)	87 (7.87)	6 (7.23)	5 (3.76)		
<b>受訪者會不會因為有人在場而無法專心作答？</b>							
一直受到影響	11	(0.83)	11 (0.83)	11 (0.83)	11 (0.83)	55.41	0.000
有些影響	96	(7.27)	96 (7.27)	96 (7.27)	96 (7.27)		
一點點影響	155	(11.74)	155 (11.74)	155 (11.74)	155 (11.74)		
不受影響	1058	(80.15)	1058 (80.15)	1058 (80.15)	1058 (80.15)		



## 附錄五 本研究樣本之 SF-36 的 8 個構面分數

變項	總計	原生國家分布狀況(%)			F 值	P 值(Scheffe 事後比較)
		臺灣	中國	東南亞		
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)		
<b>SF-36 各構面分數 (總分 100 分)</b>						
生理功能	91.56 (12.68)	91.46 (12.55)	93.85 (9.48)	91.00 (15.71)	1.817	0.163
因生理問題角色受限	83.40 (30.19)	82.72 (30.86)	88.38 (25.08)	87.23 (25.25)	2.858	0.058
身體疼痛	82.42 (19.27)	81.44 (19.49)	87.51 (16.75)	89.53 (16.37)	15.155	0.000(臺<中, 臺<東)
一般健康	72.06 (18.60)	71.24 (18.81)	76.97 (16.18)	77.50 (16.44)	11.023	0.000(臺<中, 臺<東)
活力狀況	61.22 (17.88)	59.72 (17.54)	69.50 (17.53)	71.84 (16.73)	42.539	0.000(臺<中, 臺<東)
社會功能	82.98 (16.27)	82.23 (16.27)	87.38 (15.74)	87.95 (15.23)	11.887	0.000(臺<中, 臺<東)
因情緒問題角色受限	75.14 (36.00)	74.02 (36.60)	78.33 (33.96)	85.13 (28.42)	6.533	0.001(臺<東)
心理健康	66.57 (15.87)	65.44 (15.50)	71.76 (16.20)	75.17 (16.00)	30.582	0.000(臺<中, 臺<東)

註：<sup>a</sup> Fisher's Exact Test

## 附錄六 研究樣本的基本人口社會狀況及健康狀況，按原生國家（細分東南亞族群）

變項	原生國家分布狀況(%)							
	總計	臺灣		中國		東南亞		
		n (%)	n (%)	n (%)	越南 n (%)	印尼 n (%)	其他 n (%)	
<b>基本人口學狀況</b>								
<b>母親年齡</b>								
24歲以下	252 (14.80)	183 (12.42)	12 (12.77)	43 (46.74)	11 (34.38)	3 (27.27)		
25-29歲	549 (32.24)	449 (30.46)	44 (46.81)	38 (41.30)	13 (40.63)	5 (45.45)		
30-34歲	584 (34.29)	539 (36.57)	28 (29.79)	10 (10.87)	5 (15.63)	2 (18.18)		
35歲以上	318 (18.67)	303 (20.56)	10 (10.64)	1 (1.09)	3 (9.38)	1 (9.09)		
<b>父親年齡</b>								
29歲以下	315 (18.50)	297 (20.15)	6 (6.38)	8 (8.70)	4 (12.50)	0 (0.00)		
30-34歲	578 (33.94)	524 (35.55)	28 (29.79)	17 (18.48)	5 (15.63)	4 (36.36)		
35-39歲	488 (28.66)	419 (28.43)	31 (32.98)	25 (27.17)	7 (21.88)	6 (54.55)		
40歲以上	322 (18.91)	234 (15.88)	29 (30.85)	42 (45.65)	16 (50.00)	1 (9.09)		
<b>居住地區</b>								
都市、城市	887 (50.28)	791 (51.83)	50 (50.00)	34 (35.79)	7 (21.88)	5 (45.45)		
鎮、鄉的街上	362 (20.52)	314 (20.58)	15 (15.00)	24 (25.26)	7 (21.88)	2 (18.18)		
鄉村、農村	515 (29.20)	421 (27.59)	35 (35.00)	37 (38.95)	18 (56.25)	4 (36.36)		
<b>社會經濟地位</b>								
<b>丈夫教育水準</b>								
國中以下	300 (17.16)	194 (12.84)	33 (33.33)	53 (55.79)	18 (56.25)	2 (18.18)		
高中高職	699 (39.99)	588 (38.91)	52 (52.53)	39 (41.05)	13 (40.63)	7 (63.64)		
大專以上	749 (42.85)	729 (48.25)	14 (14.14)	3 (3.16)	1 (3.13)	2 (18.18)		

變項	原生國家分布狀況(%)						
	總計	臺灣		中國		東南亞	
		n (%)	n (%)	n (%)	越南 n (%)	印尼 n (%)	其他 n (%)
丈夫教育水準	374 (21.23)	262 (17.19)	46 (46.00)	49 (51.58)	13 (40.63)	4 (36.36)	
40~59 萬元	374 (21.23)	300 (19.69)	29 (29.00)	31 (32.63)	10 (31.25)	4 (36.36)	
60~99 萬元	599 (34.00)	552 (36.22)	20 (20.00)	15 (15.79)	9 (28.13)	3 (27.27)	
100 萬元以上	415 (23.55)	410 (26.90)	5 (5.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	
社會支持							
家庭社會支持							
低	174 (9.88)	155 (10.15)	11 (11.00)	5 (5.43)	1 (3.13)	2 (18.18)	
中	563 (31.95)	486 (31.83)	34 (34.00)	29 (31.52)	12 (37.50)	2 (18.18)	
高	1025 (58.17)	886 (58.02)	55 (55.00)	58 (63.04)	19 (59.38)	7 (63.64)	
健康狀況							
自述一般健康							
好	1320 (74.70)	1113 (72.84)	85 (85.00)	88 (91.67)	27 (84.38)	7 (63.64)	
普通	413 (23.37)	383 (25.07)	15 (15.00)	6 (6.25)	5 (15.63)	4 (36.36)	
不好	34 (1.92)	32 (2.09)	0 (0.00)	2 (2.08)	0 (0.00)	0 (0.00)	
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	
心理健康	46.30 (8.96)	45.55 (8.74)	49.98 (8.99)	51.95 (9.16)	52.68 (7.60)	49.98 (8.99)	
生理健康	53.49 (7.28)	53.44 (7.42)	54.33 (5.93)	53.73 (6.31)	52.67 (8.07)	53.47 (4.52)	